

# 国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau  
National Diet Library

論題 Title	介護保険の給付と負担
他言語論題 Title in other language	Long-Term Care Insurance Benefits and Burdens
著者 / 所属 Author(s)	恩田 裕之 (ONDA Hiroyuki) / 国立国会図書館 前 調査 及び立法考査局主幹 社会労働調査室
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	892
刊行日 Issue Date	2025-04-20
ページ Pages	55-79
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	介護保険給付費が増大する中、利用者の費用負担増、介護保 険料の増額、介護サービス給付の抑制といった施策が必要 になっている。給付と負担の議論をめぐる賛否の意見には 隔たりがある。

\* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

\* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

# 介護保険の給付と負担

国立国会図書館 前 調査及び立法考査局  
主幹 社会労働調査室 恩田 裕之

## 目 次

はじめに

- I 介護給付受給者数・介護給付費の現状
  - 1 介護給付受給者・介護給付費の推移
  - 2 医療・介護給付費の将来見通し
- II 利用者自己負担の議論
  - 1 利用者自己負担の変遷
  - 2 3割・2割負担利用者の所得水準引下げ
  - 3 保有資産と自己負担
- III 保険料負担の議論
  - 1 第1号被保険者の保険料
  - 2 第2号被保険者の保険料
  - 3 保険料負担開始年齢の引下げ
  - 4 地域における保険料の差
- IV 介護サービスの在り方
  - 1 地域別の介護サービスの方向性
  - 2 地域におけるサービス量の差
  - 3 これまでの給付抑制施策
  - 4 将来の給付抑制の議論
  - 5 受給開始年齢の引上げ

おわりに

キーワード：介護保険、利用者自己負担、保険料負担、地域格差、給付抑制

**要 旨**

- ① 高齢者人口の増加等を背景に、2023（令和5）年度における介護保険の受給者数は663万人、給付額は11.5兆円に達している。今後、医療・介護給付費（合計）の伸びは、経済の伸びを上回る可能性があり、対GDP比で8.2%（2019（令和元）年度）が、13.3～16.1%（2060（令和42）年度）に増加する可能性が示唆されている。
- ② 介護保険利用者の自己負担割合は、制度開始当初は1割負担のところ、所得に応じて3割・2割の負担へと変更されてきた。近年の介護給付費の増大を受け、利用者に更なる負担を求める議論が行われている。財源不足や将来世代への負担先送りの懸念から、利用者負担増を容認する意見と、介護保険サービスを利用できなくなる可能性や利用者の家計負担感を重視し、利用者負担増に慎重な意見が平行線をたどっている。
- ③ 被保険者の保険料は、制度開始当初から増加（第1号被保険者（65歳以上）は約2倍、第2号被保険者（40歳から64歳）は約3倍）しており、2025（令和7）年度において更に増額された。現役世代や企業も保険料を支払っており、負担は既に限界に達しているとの声もある。第1号被保険者の保険料は地域の状況によって差が見られ、住民自治による給付・負担の適正化が期待されている。
- ④ 介護サービス体制には地域差（中山間・人口減少地域、都市部、その他）が見られる。それぞれの地域で、施設系サービス・在宅系サービスの不足があり、両者の状況を比較することで、適切なサービスを受けることができない住民の存在がうかがえる。
- ⑤ これまで給付費の増大を受け、介護サービスの利用者を限定するなどの施策が取られてきた。2015（平成27）年に導入された総合事業も、自治体ごとの給付上限を設定することで給付抑制策が図られたが、政府は更なる抑制を求めている。
- ⑥ 今後の給付抑制策として、総合事業の普及、ケアプランの有料化、住居系施設への介護サービスの抑制、などが検討される見込みであるが、負担に対する容認派と慎重派の考え方には隔たりがあり、今後の議論を注視していく必要がある。

## はじめに

2000（平成12）年に始まった介護保険制度<sup>(1)</sup>は、高齢者人口の増加などを背景に、2023（令和5）年度には、受給者数約663万人、給付費総額約11.5兆円に達し、いずれも増加傾向にある。これまで、給付費の増加に対応するために、利用者（要介護被保険者）の自己負担割合の増加や、国民が負担する介護保険料の増額などの制度改正が行われてきた。また同時に、施設入所の際の要介護度の厳格化など、介護保険利用の範囲を限定する給付費適正化対策も行われてきた。高齢人口の更なる増加、支え手となる現役世代人口の減少などが予想される中、介護保険制度を維持していくための様々な議論が行われている。

本稿では、介護給付受給者数・介護給付費の現状（I章）を整理した上で、介護保険財政を支えるための施策として、利用者自己負担の議論（II章）、及び保険料負担の議論（III章）の状況を概説する。また、介護サービスの在り方（IV章）として、地域や財政状況に適したサービスの在り方の議論を取り上げる。

## I 介護給付受給者数・介護給付費の現状

### 1 介護給付受給者・介護給付費の推移

介護給付<sup>(2)</sup>を受ける人の数（以下「受給者数」）は、高齢者人口の増加などを背景に、介護保険開始直後の約290万人（2001（平成13）年度）<sup>(3)</sup>から、約663万人（2023（令和5）年度）<sup>(4)</sup>に増加している（図1）。この間に、一時的な減少が2度（2006（平成18）年度及び2017（平成29）年度）あり、いずれも制度変更の時期と重なる（IV章3（2）～（3）で後述）<sup>(5)</sup>。同期間の介護給付費（財源はIII章1（1））も、一時的な減少を除けば、年間約4.4兆円（2001（平成13）年度）から約11.5兆円（2023（令和5）年度）へと増加傾向にある（図1）<sup>(6)</sup>。

\*本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2025（令和7）年2月21日である。

(1) 介護保険法（平成9年法律第123号）によって制度化された。

(2) 介護保険法第40条で「介護給付は、次に掲げる保険給付とする。」とし、同条第1号～第13号に「居宅介護サービス費の支給」等を列挙している。介護給付を受ける際、要介護認定が必要になる。

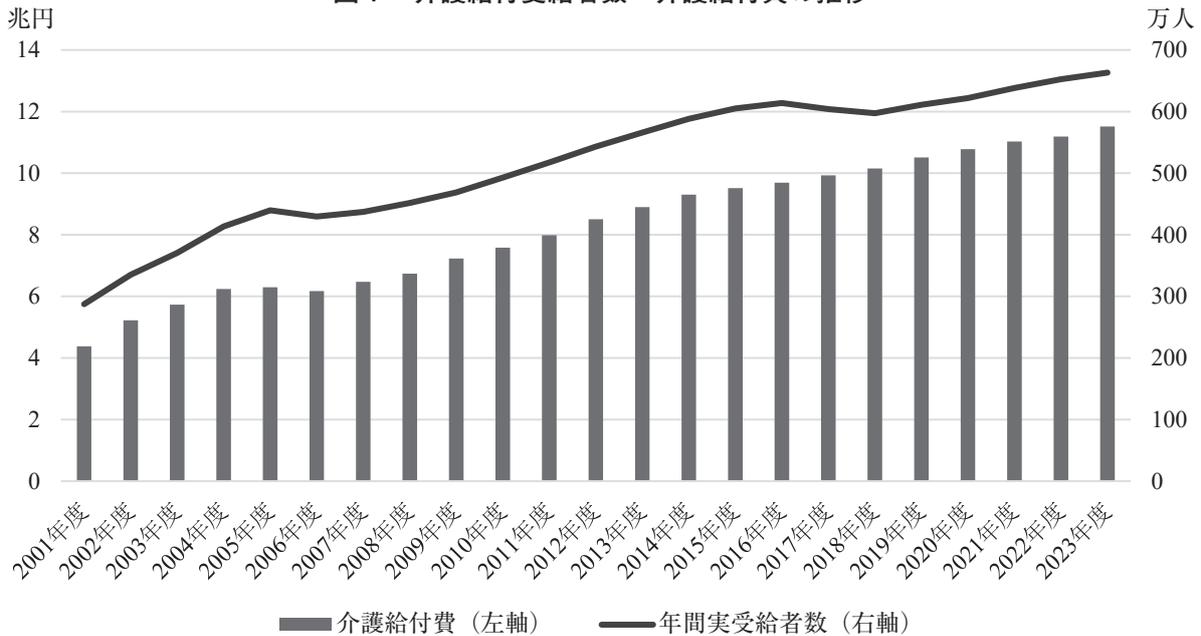
(3) 厚生労働省「年間受給者数（介護給付費実態調査報告（平成13年5月審査分～平成14年4月審査分）」（表1）<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/01/kekka1.html>>

(4) 厚生労働省「結果の概要（令和5年度介護給付費等実態統計の概況（令和5年5月審査分～令和6年4月審査分）」p.2（表1）<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/23/dl/02.pdf>>

(5) 2006（平成18）年度は、介護予防サービスが導入されている。また、2015（平成27）年の介護保険法改正により介護予防・日常生活支援総合事業が各自治体の必須事業となり、2017（平成29）年度までに実施することが義務付けられた。2018（平成30）年度以降は、通所介護を中心とする延べ利用者数が減少した。2020年（令和2）年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあった（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所「通所系サービスにおける新型コロナウイルス感染症の影響に関する調査報告書」（令和5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）2024.3, p.83. <[https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r05\\_40jigyohokokusho.pdf](https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r05_40jigyohokokusho.pdf)>）。

(6) 保険給付額と公費負担額、利用者負担額（公費の本人負担額を含む。）の合計額であり、市区町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。償還払いには、高額介護サービス費（自己負担が高額な場合に支給される費用）などがある（厚生労働省 前掲注(4), p.16（統計表6）<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/23/dl/07.pdf>>）。また、高齢者人口の増加に加え、介護報酬の引上げなどの政策要因もあると見られている。国は介護保険全体での費用抑制策を掲げつつ、個別の介護報酬については増加策も取ってきたことから、特に2006（平成18）年以降、受給者一人当たり費用額が増加傾向にあることは、人口要因だけではなく、政策要因にも起因するとされる（金碩浩「介護保険制度の需要の価格弾力性の推定—パネルデータによる検証—」『金城学院大学論集 社会科学編』19(1), 2022.9, pp.2-5.）。

図1 介護給付受給者数・介護給付費の推移



(出典) 厚生労働省『介護給付費等実態統計』各年度版を用いて筆者作成。

## 2 医療・介護給付費の将来見通し

内閣府は、経済財政諮問会議（2024（令和6）年4月）において、2060（令和42）年度までの社会保障費に関する試算を示している（表1）。医療・介護給付費（合計）<sup>(7)</sup>の対国内総生産比率（対GDP比）を見ると、今後、何も改革をしない場合（自然体）の医療・介護給付費の伸びは経済の伸びを上回るとした。

具体的には、医療・介護給付費が年率1～2%で増加した場合、医療・介護給付費の対GDP比が、8.2%（2019（令和元）年度）であるところ、2060（令和42）年度には13.3～16.1%（対GDP比）となり、この期間の経済成長率（年平均）であるプラス0.2%（現状投影シナリオの経済前提）を上回るとしている（表1 現状投影+改革効果なし①②）。

仮に、長期安定シナリオの経済を前提（年平均経済成長率1.2%）とし、給付と負担の改革によって「その他要因」（高齢人口の増加、医療の高度化など）による医療・介護給付費の増加を相殺できれば、医療・介護給付費の対GDP比は、2060（令和42）年度まで一定割合（8.8%程度）で推移する（表1 長期安定+改革効果あり）とした<sup>(8)</sup>。

内閣府は社会保障（医療・介護）の給付と負担の改革として、①DX活用等による給付の適正化・効率化、②地域の実情に応じた医療・介護提供体制の構築、③応能負担の徹底を通じた現役・高齢世代にわたる給付・負担構造の見直し、などを挙げた<sup>(9)</sup>。

(7) 介護給付費の推移を考える場合、介護保険給付費と医療保険給付費を併せて見る必要もある。これは、制度改正により、医療保険給付の対象から、介護保険給付の対象に変更になったものもあるためである。例えば、デイケア（通所リハビリテーション）・短期入所といったサービスは、現在は主に介護施設で提供されているが、かつては主に医療機関で提供されていた（上野智明・川越雅弘「介護保険制度導入後の医療費動向」『日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー』No.40, 2001.6.28, pp.4-6. <<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP40.pdf>>）。

(8) 内閣府「中長期的に持続可能な経済社会の検討に向けて②」（令和6年第3回経済財政諮問会議 資料5）2024.4.2, p.8. <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2024/0402/shiryo\\_05.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2024/0402/shiryo_05.pdf)>

(9) 「内閣府が中長期財政を試算 医療の高度化による医療費増加を指摘（2024年4月2日）」2024.4.16. 社会保険研究所ホームページ <<https://media.shaho.co.jp/nf/nf32c535c4e76>>

表1 医療・介護給付費（合計）の将来見通し（対GDP比（%））

経済前提 <sup>(*)1</sup>	改革効果 <sup>(*)2</sup>	2019年度 <sup>(*)3</sup>	2033年度	2040年度	2050年度	2060年度
現状投影	なし①	8.2	9.2	10.7	13.2	16.1
	なし②			10.2	11.7	13.3
	あり			9.7	10.4	11.1
長期安定	なし①	8.2	8.7	9.6	11.0	12.7
	なし②			9.2	9.8	10.5
	あり			8.8	8.8	8.8
成長実現	なし①	8.2	8.6	9.4	10.5	11.7
	なし②			9.0	9.3	9.7
	あり			8.6	8.3	8.2

(\*)1 経済前提の「現状投影」とは、2045年度まで労働参加が一定程度進展、出生率（合計特殊出生率）が1.36程度まで上昇、成長率（2025～2060年の年度平均実質GDP成長率）が0.2%程度となる場合。「長期安定」とは労働参加が大きく進展（5歳若返り）、出生率1.64程度まで上昇、成長率1.2%程度。「成長実現」とは労働参加が大きく進展（5歳若返り）、出生率1.8程度まで上昇、成長率1.7%程度。なお、2023年の出生率は1.20、2023年度の成長率は+1.2%。

(\*)2 改革効果の「なし①」とは、社会保障（医療・介護）の給付と負担の改革効果を含まず「その他要因」（高齢化や医療の高度化など）による増加が年率2%の場合。「なし②」とは改革効果を含まず「その他要因」が年率1%、「あり」とは「その他要因」を相殺する改革効果がある場合。

(\*)3 2019（令和元）年度の医療保険給付費は35.4兆円、介護保険給付費は10.5兆円。

（出典）内閣府「中長期的に持続可能な経済社会の検討に向けて②」（令和6年第3回経済財政諮問会議 資料5）2024.4.2, p.8. <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2024/0402/shiryo\\_05.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2024/0402/shiryo_05.pdf)>; 「医療・介護の改革で給付費安定化は可能—内閣府が2060年度までの試算を報告—経済財政諮問会議—」『週刊国保実務』3405号, 2024.4.15, pp.18-25 を用いて筆者作成。

## II 利用者自己負担の議論

介護給付受給者数・介護給付費が増加傾向にあり、給付・負担構造の見直しが必要となる中、介護給付を受ける利用者の自己負担割合<sup>(10)</sup>を増加させる議論が見られる。

### 1 利用者自己負担の変遷

介護保険の利用者負担割合は、介護保険制度開始当初は一律1割であったが、2015（平成27）年8月には所得の高い利用者（所得金額160万円以上）については2割負担とされ（表2【介護】②）、2018（平成30）年8月には特に所得の高い者（所得金額220万円以上）については3割負担とされた（表2【介護】①）<sup>(11)</sup>。

(10) 介護保険法第41条～第49条において、支給額を「各サービスに要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の90に相当する額」と定めている。なお、「居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額」（平成12年厚生省告示第33号）で支給上限額（要介護度ごとに異なる。）が定められている。支給額を超えた額は、利用者の自己負担となる。

(11) 介護保険法第41条～第49条で、介護給付の支給額を「100分の90に相当する額」と定めるところ、第49条の2で、所得額に応じて、「100分の80に相当する額」、「100分の70に相当する額」となる旨を定めている。

表2 医療・介護保険の自己負担

【医療】 年齢区分（75歳以上／70～74歳／義務教育就学～70歳未満／義務教育就学前）によって異なる。
75歳以上：所得によって1～3割負担（下線は単身世帯、[ ]は夫婦世帯） ① 【3割】 同一世帯に課税所得145万円以上の被保険者がいる ② 【2割】 以下の(1)(2)の両方を満たす(*1) (1) 同一世帯に課税所得28万円以上の被保険者がいる (2) 年金収入+その他の合計所得金額 <u>200万円</u> [320万円] 以上 ③ 【1割】 上記いずれも満たさない
70～74歳：所得によって2～3割負担 ① 【3割】 同一世帯の課税所得145万円以上の被保険者がいる ② 【2割】 上記以外(*2)
義務教育就学～70歳未満：所得によらず【3割】
義務教育就学前：所得によらず【2割】
【介護】 年齢区分（65歳以上／40～65歳）によって異なる。
※ 支給限度基準額（要介護度によって異なる。）を超えた分については全額自己負担
65歳以上：所得によって1～3割負担（下線は単身世帯、[ ]は夫婦世帯） ① 【3割】 以下の(1)(2)の両方を満たす(*3) (1) 本人の合計所得金額220万円以上 (2) 年金収入+その他の合計所得金額 <u>340万円</u> [463万円] 以上 ② 【2割】 以下の(3)(4)の両方を満たす(*4) (3) 本人の合計所得金額160万円以上 (4) 年金収入+その他の合計所得金額 <u>280万円</u> [346万円] 以上 ③ 【1割】 上記のいずれも満たさない
40～65歳未満：所得によらず【1割】

(注) 概略を示したものであり、細部の所得要件等は諸条件によって異なることがある。自己負担額が高額になった場合の高額療養費制度・高額介護サービス費制度や、低所得者向けの食費・居住費特例減額制度（介護施設サービス）等の自己負担軽減措置もある。「課税所得」は、収入から公的年金等控除・基礎控除・社会保険料控除等を差し引いた後の金額。「年金収入+その他の合計所得金額」は、これらを差し引く前の金額（ただし、「その他の合計所得金額」は、事業収入や給与収入から必要経費や給与所得控除を差し引いた後の金額）。このため、「課税所得」と「年金収入+その他の合計所得金額」の水準を厳密に比較することはできない。また、年金収入には非課税年金（遺族年金・障害年金）を含まない。

(\*1)～(\*4) 2015（平成27）年以降の制度変更。(\*1) 2022（令和4）年10月（1割→2割）、(\*2) 2018（平成30）年度移行完了（1割→2割）、(\*3) 2018（平成30）年8月（2割→3割）、(\*4) 2015（平成27）年8月（1割→2割）。  
(出典) 近藤倫子「医療・介護分野の給付と負担—改革工程表における検討事項—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1068号, 2019.10.29, p.2. <<https://dl.ndl.go.jp/pid/11376966>>; 「後期高齢者の窓口負担割合の変更等（令和3年法律改正について）」厚生労働省ホームページ <[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/newpage\\_21060.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/newpage_21060.html)> を用いて筆者作成。

## (1) 2割負担導入の経緯

人口の高齢化に伴って、介護給付費の増大が続いていたことから、制度の持続可能性を高めるため、2013（平成25）年の社会保障審議会介護保険部会（以下「介護保険部会」）で、利用者負担の議論が行われた。同部会の議論は、所得の高い高齢者に2割の利用者負担を求めるべきとの意見でおおむね一致し、2割負担となる利用者の所得水準について、複数の案が提示された<sup>(12)</sup>。その後の介護保険法改正（2014（平成26）年）で2割負担が導入され（2015（平成27）年8月施行）、「第1号被保険者（65歳以上の住民）<sup>(13)</sup>全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入のみの場合280万円）以上」<sup>(14)</sup>（表2【介護】②）が2割負担の基準とされた。

## (2) 3割負担導入の経緯

介護保険利用者が増加し、介護保険料の上昇が見込まれる中、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高めることを目的として、2016（平成28）年の介護保険部会で、利用者への更なる負担増に関する議論が行われた。同部会の議論は、負担能力に応じた負担を求めるべきとし、所得の高い利用者に3割の負担を求めることでおおむね一致した<sup>(15)</sup>。3割負担となる利用者の所得水準について、同部会では医療保険における3割負担の水準（表2【医療】①）<sup>(16)</sup>を参考とすることに賛同・容認の意見が多く見られた。その後の介護保険法改正（2017（平成29）年）<sup>(17)</sup>で3割負担が導入され（2018（平成30）年8月施行）、「合計所得金額220万円（年金収入のみの場合340万円）以上」<sup>(18)</sup>（表2【介護】①）が3割負担の基準とされた。

(12) ①第1号被保険者（65歳以上）全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入の場合280万円）以上、②第1号被保険者のうち課税層（約38%）の上位半分に該当する合計所得金額170万円（年金収入の場合290万円）以上、の2案が提示されていた（社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2013.12.20, pp.27-28. 厚生労働省ホームページ <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf)>）。

(13) 介護保険法第9条第1号によって定められている。40歳以上65歳未満を第2号被保険者と呼ぶ（同条第2号）。

(14) 2割負担の判定は、基本的に利用者本人の合計所得金額によって行われるが、世帯の所得金額が低い場合の配慮も行われた。280万円（年金のみの場合の2割負担水準）に国民年金平均受取額5.5万円×12か月を加えた346万円を基準とし、本人の年金収入が280万円以上あったとしても、配偶者の年金収入との合計が346万円に満たない場合には、配偶者だけではなく本人も1割負担とされた（表2【介護】②③）（「介護保険の利用者負担2割で判定基準案—厚生労働省が提示—」『週刊国保実務』2925号, 2014.9.8, pp.12-13.）。

(15) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2016.12.9, pp.28-31. 厚生労働省ホームページ <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf)>

(16) 医療保険の場合、2004（平成16）年度の政府管掌健康保険（現在は協会けんぽ）の平均標準報酬月額に基づく平均収入（夫婦二人世帯モデル：約386万円）から算出した課税所得145万円を基準とし、課税所得145万円以上を「現役並み所得」として3割負担とした（厚生労働省保険局「患者負担について」（第91回社会保険審議会医療保険部会 資料2-2）2015.11.20, p.8. <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000106245.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106245.pdf)>）。なお、「課税所得」は、収入から公的年金等控除、基礎控除、社会保険料控除等を差し引いた後の金額であり、「年金収入+その他の合計所得金額」はこれらを差し引く前の金額（「その他の合計所得金額」は事業収入や給与収入から、必要経費や給与所得控除を差し引いた後の金額）であり、両者を厳密に比較することはできない。

(17) 塩崎恭久厚生労働大臣（当時）は、国会答弁において、介護保険の3割負担の水準を考えるに当たって、医療保険の3割負担の水準を参考にし、単身の場合は340万円とし、基礎年金だけの配偶者がいる場合の配慮（前掲注(14)も参照）も行っているとした（第193回国会衆議院厚生労働委員会議録第12号 平成29年4月7日 p.6.）。

(18) 3割負担の水準は医療保険（年金収入のみの場合370万円以上）と介護保険（同340万円以上）で異なっている（課税所得145万円は、年金収入のみの場合370万円程度とされる（「課税所得」と「年金収入」の水準を厳密に比較することはできない。前掲注(16)も併せて参照。）。）。いずれも「現役並み所得」と呼ばれているが、両保険の間でずれが生じていることから、今後の医療保険の負担水準を見直す立場からは、医療保険の3割水準を介

## 2 3割・2割負担利用者の所得水準引下げ

介護給付受給者数・介護給付費が増加傾向にある中、サービス提供体制の確保と併せて、3割・2割負担となる利用者の所得水準（表2【介護】①②）の引下げ<sup>(19)</sup>（以下「所得水準引下げ」）に関する議論が継続している。以下で、介護保険部会でのこれまでの議論を整理し、所得水準引下げに対する容認派と慎重派の意見を取り上げる。

### (1) 介護保険部会による議論

#### (i) 議論の過程

2018（平成30）年12月の経済財政諮問会議に提示された「新経済・財政再生計画改革工程表2018」において、年金受給者の就労が進んでいるなどを背景に、現役世代との均衡の観点から利用者負担に関する検討を行うと明記され<sup>(20)</sup>、2019（令和元）年以降、介護保険部会で継続的に議論が行われている。

これまでに期限を設定した議論が複数回行われたが、所得水準引下げに対する容認派と慎重派の意見が対立し、結論に至っていない。

第9期介護保険事業計画<sup>(21)</sup>（2024（令和6）～2026（令和8）年度）（以下「第9期」。第1期～第10期も同様に略称を用いる。）に向けた議論では、各種検討課題について遅くとも2023（令和5）年夏までに結論を得るべく<sup>(22)</sup>、議論を行う必要があるとされていた。しかし、所得水準引下げについては結論に至らず、2023（令和5）年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2023」（骨太の方針）で、同年末までに結論を得るとして議論の期限が延期された<sup>(23)</sup>。しかし、その後も議論がまとまらなかったため、第9期での所得水準引下げは実施せず、第10期（2027（令和9）～2029（令和11）年度）に向けて議論を継続することとなった<sup>(24)</sup>。

#### (ii) 所得水準引下げの幅（議論のたたき台）

意見の対立が続いていることもあり、現時点で具体的な所得水準引下げ幅に対する賛否の議論は行われていない。2割負担水準（表2【介護】②）の議論の過程で金額が示された例としては、介護保険部会における政府作成資料の中で、「単身270万円以上」から「単身190万円

介護保険に合わせる形が選択肢になり得るとの指摘がある（三原岳「高齢者医療費の自己負担引き上げは是か非か」『基礎研レポート』2018.6.29, p.6. ニッセイ基礎研究所ホームページ <[https://www.nli-research.co.jp/files/topics/58956\\_ext\\_18\\_0.pdf](https://www.nli-research.co.jp/files/topics/58956_ext_18_0.pdf)>）。

(19) 第1号被保険者について、2022（令和4）年度の介護保険サービス利用件数（累計1億7001万件）のうち、3.1%が3割負担（528万件）、3.7%が2割負担（627万件）。同年度末の、要介護認定者（681.4万人）の4.0%が3割負担（27.4万人）、4.8%が2割負担（32.7万人）。所得水準を引き下げることによって、3割・2割負担の利用者が増えることになる（「介護保険事業状況報告（全国計）第4-1～第4-3表、第8-2～第8-4表」厚生労働省『令和4年度 介護保険事業状況報告（年報）』<<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/22/index.html>>）。

(20) 経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2018」2018.12.20, p.66. 内閣府ホームページ <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/kouteihyou2018/report\\_301220\\_1.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/kouteihyou2018/report_301220_1.pdf)>

(21) 介護保険法第117条の規定に基づき、市町村は3年を1期として、地域の状況から介護サービス量を見込み、介護保険料の設定やサービス供給体制の確保策の計画等を行う。介護保険事業支援計画ともいう。

(22) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2022.12.20, p.41. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001027165.pdf>>

(23) 「経済財政運営と改革の基本方針2023」（令和5年6月16日閣議決定）p.39. 内閣府ホームページ <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023_basicpolicies_ja.pdf)>

(24) 「第109回社会保障審議会介護保険部会議事録」2023.12.7, pp.9-11, 15, 21-23. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001195570.pdf>>

以上」まで、9とおりのケースが提示されたことがある<sup>(25)</sup>。医療保険の2割負担水準である「単身200万円以上」<sup>(26)</sup>(表2【医療】75歳以上②)との発言もあったほか<sup>(27)</sup>、第1号被保険者の3割が該当する水準である「単身220万円以上」<sup>(28)</sup>が意識されたこともあった。

## (2) 所得水準引下げを容認する意見

### (i) 支払能力に応じた負担

容認派の意見の背景には、現行制度のままでは、必要な財源確保ができないとの危機感がある。すなわち、現行制度のまま単に保険料率の増加策を取ると、世代間の受益と負担の格差が拡大するため、高齢者にも応分の負担を求める改革が必要との意見である<sup>(29)</sup>。

2023(令和5)年7月の介護保険部会では、厚生労働省は75歳以上の所得上位30%で、家計に一定の余剰が出ているとしている<sup>(30)</sup>。

### (ii) 現役世代・企業の負担の限界

中小企業や現役世代の社会保険料負担が大きくなっているとの見方が、所得水準引下げを容認する意見の背景にある<sup>(31)</sup>。介護保険における負担について、保険料負担が重いと感じる人の割合が、利用者自己負担を重いと感じる人の割合を上回るとする調査結果もある<sup>(32)</sup>。また、容認派の意見として、2割負担の対象範囲を拡大することが介護保険部会の論点でありながら、結論を得ずに先送りされていることに対して疑問視する意見も見られる<sup>(33)</sup>。

<sup>25)</sup> 「単身270万円以上」(2人以上336万円以上)から「単身190万円以上」(2人以上256万円以上)まで、10万円刻みで9とおりのケースが提示された。各ケースでの金額を2割負担の所得水準とした場合、介護給付抑制額(年額)は、「270万円以上」の場合は90億円、「190万円以上」の場合は800億円と推計される(2020(令和2)年8月～2021(令和3)年7月の実績を基にした試算。厚生労働省老健局「給付と負担について(参考資料)」(社会保障審議会介護保険部会(第110回)参考資料1)2023.12.22, p.26. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001182066.pdf>>)。

<sup>26)</sup> 「単身200万円」の場合、「2人以上266万円」。

<sup>27)</sup> 「第103回社会保障審議会介護保険部会議事録」2022.11.28, pp.7-8, 34-35. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001035970.pdf>> このほかに、医療保険の2割負担水準(表2【医療】75歳以上②)を、「220万円以上」とする文献もある(結城康博『介護格差』岩波書店, 2024, p.207.)。「課税所得」と「年金収入+その他の合計所得金額」の水準を厳密に比較することはできない。前掲注<sup>(16)</sup>も併せて参照。

<sup>28)</sup> 「単身220万円」の場合、「2人以上286万円」。

<sup>29)</sup> 土居丈朗「医療・介護給付の財源確保のあり方」『三田学会雑誌』117(1), 2024.6, pp.39-40; 同「第49回社会保障審議会介護保険部会 提出資料」2013.9.25. 厚生労働省ホームページ <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000024199.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000024199.pdf)>

<sup>30)</sup> 2022(令和4)年の家計調査を基に、75歳以上の単身世帯の上位所得20%の家計は年間収支プラス22万円(年収280万円、年間支出258万円)、上位所得30%の家計は年間収支プラス9万円(年収220万円、年間支出211万円)と試算される(「第107回社会保障審議会介護保険部会議事録」2023.7.10, pp.25-26. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001130418.pdf>>; 厚生労働省老健局「給付と負担について」(社会保障審議会介護保険部会(第107回)資料2)2023.7.10, p.5. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119097.pdf>>。

<sup>31)</sup> 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2019.12.27, p.34. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000582108.pdf>>

<sup>32)</sup> アンケート調査(楽天インサイト株式会社が保有する全国モニターから抽出した3,000人)によると、介護保険の保険料負担が重い(「非常に重いと感じる」「やや重いと感じる」と回答した割合は57.6%、利用者自己負担が重いと回答した割合は35.6%であった(健康保険組合連合会「医療・介護に関する国民意識調査報告書」(医療保障総合政策調査・研究基金事業)2023.3, pp.77-78. <[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa\\_r04\\_03-2.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa_r04_03-2.pdf)>)。

<sup>33)</sup> 「2027-29年度を対象とする「第10期介護保険事業計画」論議スタート、2040年も見据えた制度改革議論を行う—社保審・介護保険部会」2024.12.25. GemMed ホームページ <<https://gemmed.ghc-j.com/?p=64476>>

### (3) 所得水準引下げに慎重な意見

#### (i) 利用控えによる弊害

慎重派の意見として、負担割合が増えることで介護サービス利用者の家計が苦しくなり、利用を中止・減少させる危険性が指摘されている<sup>(34)</sup>。2015（平成27）年8月の制度改正（1割→2割：表2【介護】②）のタイミングで、介護サービス利用を中止・減少させた人は、1割負担の利用者の1.3%、2割負担の利用者の3.8%であったという<sup>(35)</sup>。また、介護保険未利用者（要介護認定を受けていながら介護保険サービスを利用しない人）の中には、介護サービスを利用しない理由として、自己負担額の支払が難しいことを挙げている人もいる<sup>(36)</sup>。

医療保険の自己負担の考え方を介護保険にも適用するべきとの意見（表2の【医療】と【介護】の所得水準を一致させる。）に対して<sup>(37)</sup>、介護保険の利用期間は、一般的に医療保険の利用期間（治療期間）に比べて長い<sup>(38)</sup>、医療の自己負担の考え方をそのまま介護にも当てはめるべきではないとの主張も見られる。また、一旦要介護状態になると要介護度の改善は難しく、利用者の努力等による介護保険の利用期間の短縮は困難とされている<sup>(39)</sup>。

#### (ii) 高齢世帯の家計負担

高齢者の半数以上が「生活が苦しい」状況にあり<sup>(40)</sup>、年金収入に頼る高齢者の家計負担は重いとの慎重派の意見が見られる。加えて、これまでも高齢者の医療・介護保険の自己負担が引き上げられている（表2（\*1）～（\*4））ことから、既に自己負担が増額になった高齢者にとっては、更に負担が重くなることへの不安もある<sup>(41)</sup>。75歳以上<sup>(42)</sup>の平均収入は180万円未満で

<sup>(34)</sup> 結城康博「2024年介護保険制度の行方」『社会保険旬報』2879号、2023.1.11、p.27。

<sup>(35)</sup> 利用者（2015（平成27）年10月1日、2017（平成29）年12月末の両方ともサービスを利用していた者）の担当ケアマネジャーに対して行ったアンケート調査で、回答数は1割負担5,278件、2割負担2,650件。さらに、2割負担の利用者で中止・減少させた人に対するアンケート調査（回答数100件：複数回答）では、その理由を「介護に係る支出が重く、サービスの利用を控えたから」と回答したのは35%であった（三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査研究事業報告書」（平成29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）2018.3、pp.38, 44。<[https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai\\_180418\\_c12.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c12.pdf)>）。このほかに、日本デイサービス協会が行ったアンケートがあり、介護サービス利用者・家族等3,018名に対する「仮に原則2割負担（現在の2倍の利用料）になった場合のデイサービス利用について可能性のあるもの」の回答結果（複数回答のため回答総数3,380件）は、「今と変わりなく利用する」（1,578件）、「利用回数を減らす」（604件）、「わからない」（535件）の順に多かった（日本デイサービス協会「財務省からの自己負担原則2割導入提言における利用者意向調査結果」2022.7.19、p.[5]。<<https://www.japandayservice.com/pdfs/20220719.pdf>>）。

<sup>(36)</sup> 国の委託事業や自治体のアンケート調査等が実施されている。介護保険サービス未利用の理由を尋ねるアンケート調査（回答数27,808件）によると、「利用料を支払うのが難しい」との回答が3.3%（複数回答）であった。一方、回答割合が多かった理由としては、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」（30.3%）、「本人にサービス利用の希望がない」（19.1%）、「家族が介護をするため必要ない」（11.7%）などがあった（三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護保険事業計画策定における各種調査結果の分析に関する調査研究事業【報告書】」（令和5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）2024.3、p.119。<[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/04/koukai\\_240425\\_01.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/04/koukai_240425_01.pdf)>）。

<sup>(37)</sup> 介護保険の自己負担割合は、しばしば医療保険と比較され、両者の平仄（そく）をそろえるべきとの意見もある。

<sup>(38)</sup> 平均介護期間（介護が継続中の場合を含む。）を約61.1か月と見積もる調査結果（2021（令和3）年4月10日～5月16日に行われたアンケート調査（全国の世帯員2人以上の一般世帯に対する調査で回収数は4,000））がある（生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査 2021（令和3）年度」2021.12、p.170。<[https://www.jili.or.jp/files/research/zenkokujittai/pdf/r3/2021honshi\\_all.pdf](https://www.jili.or.jp/files/research/zenkokujittai/pdf/r3/2021honshi_all.pdf)>）。

<sup>(39)</sup> 石原千鶴「介護保険における介護予防・日常生活支援総合事業の現状分析と自立の捉え方」『社会福祉士』31号、2024.3、pp.40-47。

<sup>(40)</sup> 高齢者世帯のうち「生活が苦しい」とする世帯は59.0%（「大変苦しい」26.4%、「やや苦しい」32.6%）となっている（「第6表 各種世帯別にみた生活意識の年次推移」厚生労働省「2023（令和5）年国民生活基礎調査の概況」2024.7.5。<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa23/dl/04.pdf>>）。

<sup>(41)</sup> 「第98回社会保障審議会介護保険部会議事録」2022.9.26、p.10。厚生労働省ホームページ<<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001003533.pdf>> などがある。

<sup>(42)</sup> 要介護認定者（約690万人：2022（令和4）年度末）のうち75歳以上は約88%（約610万人）である。

あり、こうした高齢者のうちどの程度が負担増に耐えられるかといった疑問の声もある<sup>(43)</sup>。

#### (4) 自己負担割合の考え方に対する意見

##### (i) 給付と負担の関係の整理

介護保険の「保険」としての性格を重視した見解としては、3割・2割負担となる高所得の利用者は保険料も高額になっており、給付の時点でも削減が行われることは、保険制度における「給付・反対給付均等の原則」からの限度を超えた逸脱との指摘も見られる<sup>(44)</sup>。また、保険料と利用料の二重の負担増（Ⅲ章1(4)）との慎重派の反対意見も見られる。

また、現行制度では第1号被保険者の保険料の決定が自治体に委ねられており（Ⅲ章4）、保険料と利用者負担を自治体主導によって同時に考えるべきとの観点から、保険料と併せて利用者負担割合の決定も委ねることによって、被保険者の意識が高まるとの意見も見られる<sup>(45)</sup>。

##### (ii) 名目年金額の増加と所得水準

高齢者の所得の多くを占める老齢年金（名目）<sup>(46)</sup>は物価や賃金の上昇に応じて増額改定されるが、通常、物価上昇率を上回る改定は行われない<sup>(47)</sup>。老齢年金（名目）が増え、3割・2割負担の所得基準を満たすことになった場合、実質収入が増えているわけではないので、単に負担だけが離れた状態にもなる。物価や年金支給額の上昇と連動させる形で、3割・2割負担の所得水準も変動させるべきとの意見も見られる<sup>(48)</sup>。

### 3 保有資産と自己負担

#### (1) 保有資産に応じた負担

保有資産<sup>(49)</sup>に応じた負担（低所得であっても高額な預貯金を保有する高齢者が一定の負担をする。）を求める意見もある。保有資産に対する課税などを通じて、介護保険への公費の補填を行うといった意見<sup>(50)</sup>も見られる。このほかに、保有資産から得られる所得について、財務省は、2023（令和5）年11月1日の財政制度等審議会・財政制度分科会で、「税制において源泉徴収のみで完結する金融所得に関しては、確定申告がされない場合、課税はされるが保険料の賦課対象となっていない。」と問題意識を示し<sup>(51)</sup>、同年末策定の政府の社会保障制度の改

(43) 小竹雅子「介護保険は、サービス抑制と負担増をめぐる攻防に」『社会運動』451号、2023.7、pp.16-19。

(44) 民間保険ほど強く「給付・反対給付均等の原則」を求めるべきではないとしながらも、限度を超えているとし、公的年金制度が負担に応じた給付がなされることと対比して、医療・介護においては、逆転現象が起きているとする（堤修三「社会保険の政策原理—連帯と強制の間—」『長崎県立大学論集 経営学部・地域創造学部』51(4)、2018.3、pp.34-37.）。

(45) 例えば、第1号被保険者の保険料を6,000円に抑えるのであれば3割負担、7,000円であれば2割負担、8,000円であれば1割負担などと自治体ごとに選択する仕組みを提唱したもの（「介護保険制度の20年を考える—堤修三先生インタビュー— (1)」）『文化連情報』497号、2019.8、p.23.）。

(46) 高齢者世帯では「公的年金・恩給」が所得の62.9%を占めている（厚生労働省 前掲注(40)、p.11。<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa23/dl/03.pdf>>）。

(47) ①物価変動率、②名目手取り賃金変動率、③マクロ経済スライドによるスライド調整によって年金額は改定される。2025（令和7）年度の場合、実質賃金変動率（2021（令和3）～2023（令和5）年度）がマイナス値（▲0.4%）であったことに加え、マクロ経済スライドによるスライド調整による減額（▲0.4%）もあり、受給年金額は、物価変動率（+2.7%）を下回る改定（+1.9%）となった。

(48) 三原岳「介護保険の2割負担拡大、相次ぐ先送りの経緯と背景は？」『基礎研レポート』2024.3.1、p.13。ニッセイ基礎研究所ホームページ <[https://www.nli-research.co.jp/files/topics/77759\\_ext\\_18\\_0.pdf?site=nli](https://www.nli-research.co.jp/files/topics/77759_ext_18_0.pdf?site=nli)>

(49) 保有資産として、預貯金・有価証券・投資信託・現金等がある。後掲注(58)も併せて参照。

(50) 結城康博「経済政策としての介護保険抜本的な制度改正の必要性」『週刊社会保障』78(3267)、2024.5.13、p.49。

(51) 「金融所得の保険料賦課ベースへの追加提唱」『週刊国保実務』3384号、2023.11.23、p.2。

革工程でも検討を進めるとされた。

## (2) 保有資産を基にした負担事例（特定入所者介護サービス費（補足給付））

介護保険制度の中で、特定入所者介護サービス費（補足給付）<sup>(52)</sup>では、所得に加えて、保有資産を反映した負担を求めている<sup>(53)</sup>。また、所得の計算においては、介護保険料の自己負担や保険料の算定においては対象外とされている非課税所得（遺族年金・障害年金）も含まれている。保有資産の把握には、相当な事務負担が生じるとの意見（後述）があるが、財務省はこの補足給付を例に挙げ、実現可能であることを主張している。介護保険制度の中で、課税所得のみが考慮される制度（第1号被保険者の保険料など）がある中で、補足給付など限られた制度のみに保有資産・非課税所得を勘案する仕組みが採用されていることには制度内での整合性に疑問を呈する向きもある<sup>(54)</sup>。

## (3) 保有資産把握の事務負担

保有資産の把握には一定の事務負担が発生することも無視できないとされる<sup>(55)</sup>。補足給付認定者は全国で約87万人（2022（令和4）年度末）<sup>(56)</sup>であるところ、保有資産に応じた負担を介護保険全体に導入する場合、補足給付よりも利用者・加入者が多いことや、自己申告<sup>(57)</sup>によって行われている補足給付認定とは性格が異なることから、保険者に相応の労力がかかるとの懸念も見られる<sup>(58)</sup>。

<sup>52</sup> 介護保険施設に入所した際の食費・居住費のことで、収入・資産によって自己負担額が異なる。

<sup>53</sup> 収入・資産による利用者負担段階（区分）を4段階設定した。生活保護受給者と老齢福祉年金受給者（世帯全員が住民税非課税）を第1段階とし、収入が増えるごとに、第2段階（年金収入＋その他の合計所得金額80万円以下（世帯全員が住民税非課税））、第3段階（年金収入＋その他の合計所得金額80万円超（世帯全員が住民税非課税））、第4段階（それ以外）となる。ただし、資産が1000万円（夫婦で2000万円）を超えると、収入によらず第4段階となる。第4段階の利用者の特定入所者介護サービス費は全額自己負担（介護保険給付対象外）となる。第1段階～第3段階の利用者の場合にはそれぞれ負担上限額が設定され、上限額を超えた部分は介護保険から支給される（補足給付）。ここでの、年金収入には非課税年金（遺族年金・障害年金）も含む（自己負担割合（2割・3割）の区分決定（表2）の際の年金収入には非課税年金を含まない。）。その後2021（令和3）年に、①利用者負担段階（区分）の4段階から5段階への変更、②預貯金額の引下げ、が行われた。具体的には、第3段階を第3段階(1)（年金収入＋その他の合計所得金額80万円超120万円以下（世帯全員が住民税非課税））と、第3段階(2)（年金収入＋その他の合計所得金額120万円超（世帯全員が住民税非課税））とした。その上で、資産が一定額超の者（第2段階該当者のうち資産が650万円（夫婦で1650万円）超の者、第3段階(1)該当者のうち資産が550万円（夫婦で1550万円）超の者、第3段階(2)該当者のうち資産500万円（夫婦で1500万円）超の者）を第4段階とした。制度改正による給付費削減効果は、2016（平成28）年制度変更では約700億円（年間）、2021（令和3）年制度変更で約860億円（年間）と推定され、補足給付受給者割合も低下した（「2021年8月制度改正の影響補足給付見直しは介護現場を直撃」『日経ヘルスケア』388号、2022.2, pp.48-49.）。

<sup>54</sup> 小野俊樹「介護保険制度の特定入所者介護サービス費（補足給付）に関する考察」『日本社会事業大学研究紀要』66号、2020.3, p.14.

<sup>55</sup> 資産・非課税所得把握の事務負担以外の論点として、補足給付の対象である「食費・居住費」は通常の生活において必要となる費用で、元々保険給付の対象ではないところ、低所得者に対して福祉的措置として、補足給付として認められているものであり、生活保護と同様に資産・非課税所得要件を設けているといった違いもある。

<sup>56</sup> 「介護保険事業状況報告（全国計）第18表」厚生労働省 前掲注(19)

<sup>57</sup> 補足給付認定時には、預貯金のほか、有価証券・投資信託・現金等の確認が行われる。預貯金・有価証券・投資信託は口座残高等の写しの提出、現金は自己申告による。保険者は申請者等の同意の上、金融機関への照会が可能で、不正受給の際には、給付額の返還と加算金（最大2倍）の徴収が求められる。

<sup>58</sup> 「第132回社会保障審議会医療保険部会議事録」2020.10.28. 厚生労働省ホームページ <[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15494.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15494.html)>

### Ⅲ 保険料負担の議論

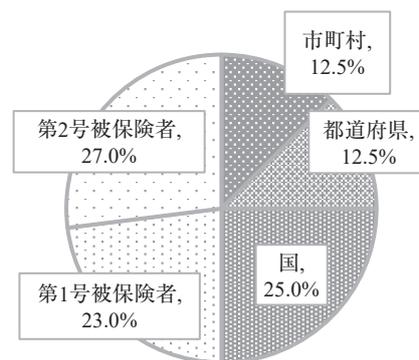
本章では、保険料負担増加の議論について整理する。第1号被保険者の保険料の多段階の議論を整理し、これに加えて保険料増額に対する意見、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の住民）<sup>(59)</sup>の保険料に関する議論、保険料負担開始年齢の引下げに関する提案を取り上げる。

#### 1 第1号被保険者の保険料

##### (1) 介護保険財政の内訳

第1号被保険者の保険料は、介護給付費見込額・調整交付金調整見込額<sup>(60)</sup>・人口などを基にして、各市町村の条例によって定められる。介護保険財政は介護保険料と税（国・都道府県・市町村）から成り、このうち第1号被保険者全体で負担すべき割合は23%（第9期）である（図2）<sup>(61)</sup>。

図2 介護保険の財源構成



（出典）『厚生労働白書 令和5年度版（資料編）』p.230 を用いて筆者作成。

##### (2) 多段階化と所得再配分

第1号被保険者の保険料は、市町村が所得階層<sup>(62)</sup>ごとに設定している。厚生労働省は標準的な所得階層のイメージを提示しており、第8期（2021（令和3）～2023（令和5）年度）までは9段階<sup>(63)</sup>であったところ、第9期に向けて13段階<sup>(64)</sup>のイメージ（多段階化）を提示した<sup>(65)</sup>。

<sup>(59)</sup> 介護保険法第9条第2号によって定められる。65歳以上を第1号被保険者と呼ぶ（同条第1号）。

<sup>(60)</sup> 調整交付金とは、国庫から市町村への交付金のこと。市町村ごとに異なり、①後期高齢者加入割合、②被保険者の所得水準、が考慮される。介護保険財政のうち、国庫負担金が25%であるところ、20%部分を定率分とし、残りの5%部分を調整交付金とする。これにより、所得の低い高齢者（保険料を所得割にした際、負担額が相対的に小さくなる者）や後期高齢者（介護を受ける可能性が高い年齢の者）が多い市町村において、第1号被保険者の保険金が過度に上昇することを防ぐ。市町村の責によらない部分を国庫負担によって調整することで、自治体間での公平な給付・負担関係を目指すものである（厚生労働省老健局「給付と負担について（参考資料）」（社会保障審議会介護保険部会（第108回）参考資料1）2023.11.6. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164210.pdf>>）。

<sup>(61)</sup> 市町村が第1号被保険者から保険料として徴収する。

<sup>(62)</sup> 所得の高い人が、より高い保険料を負担する仕組みが取られている。

<sup>(63)</sup> 第8期では、「年金収入等80万円以下」（世帯全員が住民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人や生活保護被保護者等）を最も所得の少ない層（「第1段階」とし、これより多い層を順次、第2段階、第3段階、…とし第9段階まで設定していた。具体的には、「第5段階」を「年金収入等80万円超」（本人が住民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超え、同一世帯に住民税課税者がいる人）、「第9段階」を「合計所得320万円以上」と設定していた。「第5段階」の人が負担する保険料を「基準額」と呼び（「標準額」と呼ぶこともある。）、「第1段階」の保険料を「基準額」の0.3倍、「第9段階」の保険料を「基準額」の「1.7倍」とし、所得が増えれば保険料が増えるように設定していた。

<sup>(64)</sup> 第8期では、「第9段階」を「合計所得320万円以上」と設定し、保険料を「基準額」の1.7倍としていたが、第9期では、「第9段階」の中でも特に所得の多い層を4段階（「第10段階」～「第13段階」）新設した。具体的には、「第13段階」を「合計所得680万円以上」と設定し、保険料を「基準額」の2.1～2.6倍とする。一方、「第1段階」の保険料を「基準額」の0.26～0.29倍とし、0.3倍（第8期）から軽減する。同様に、「第2段階」（0.5倍を0.47～0.485倍）、「第3段階」（0.7倍を0.68倍～0.69倍）もそれぞれ軽減する。

<sup>(65)</sup> [厚生労働省老健局] 介護保険計画課「令和5年度 全国介護保険担当課長会議資料」2023.7.31, pp.149-150. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001126934.pdf>>

所得の高い人がより高い保険料を負担することで、従来よりも所得再配分機能が強化されることになる。なお、多段階化によって増額された保険料は介護人材不足対策にも間接的に充当されることになる。すなわち、低所得者（第1～3段階）への保険料負担軽減（以下「軽減策」）は、従来は公費によって実施されてきたところ、多段階化によって増額された高所得者の保険料を軽減策の一部に充当し、従来軽減策に充当してきた公費の一部は介護人材不足対策に振り替えることとした<sup>(66)</sup>。厚生労働省が示す13段階のイメージを基に、各自治体は条例によって独自の設定を行っている<sup>(67)</sup>。

### (3) 保険料負担増（多段階化）に対する意見

第9期の保険料基準額<sup>(68)</sup>（月額）の全国平均は6,225円（2024（令和6）～2026（令和8）年度）となっている（図3）<sup>(69)</sup>。第1号被保険者の保険料は、5,000円が限界と考えられていた時代もある。保険料の増額は高齢者への大きな負担になるとして、介護保険の国庫負担率を増やすべきとの意見も見られる<sup>(70)</sup>ほか、近年の物価・光熱水費高騰や税収の上振れなどを考えると、高齢者に大幅な負担増を求めるのは避けるべきといった考え方もあり<sup>(71)</sup>、自治体からは介護保険料の引上げは限界であるとの声が上がっている<sup>(72)</sup>。介護職員の処遇改善のために税金が投入され<sup>(73)</sup>、その後に介護保険に付け替えられる（介護報酬増）ことは過去に複数回（2012（平成24）年、2022（令和4）年）行われている。

### (4) 保険料と利用料の二重の負担増

介護保険部会では、多段階化については了承されたものの、前述の通り、3割・2割負担となる利用者の所得水準引下げは結論に至っていない。保険料負担の時点での所得再配分機能の強化には賛同が得られても、要介護認定され介護サービスを受ける時点での利用料負担の差を拡大させることへの不安や疑問が存在する。これまでの議論の中では、保険料増額・利用料自己負担増の両方の施策を行うことは、一部の高齢者にとって「二重の負担」となるとの意見もある<sup>(74)</sup>。

(66) 公費を低所得層の保険料負担軽減策から介護職員の処遇改善へ転換する意図がある（「第108回社会保障審議会介護保険部会議事録」2023.11.6, pp.6-8. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001173842.pdf>>）。

(67) 第8期では、過半数である820自治体が、厚生労働省のイメージよりも多い段階を設定しており、13段階を超える設定を行っている自治体もあった（厚生労働省老健局「給付と負担について」（社会保障審議会介護保険部会（第108回）資料1）2023.11.6, p.15. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164209.pdf>>）。

(68) 「基準額」は前掲注(64)を参照。

(69) 厚生労働省「第9期介護保険事業計画期間における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について」2024.5.14. <[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_40211.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40211.html)>

(70) 日下部雅喜「2024年度介護報酬改定の先に介護制度崩壊の危機」『現代の理論』2024春, pp.142-147.

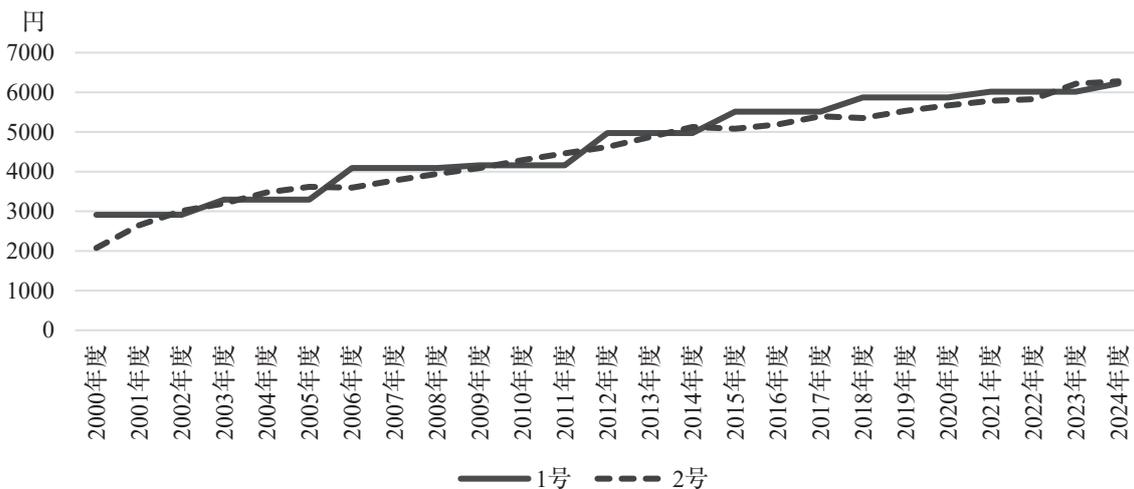
(71) 「第108回社会保障審議会介護保険部会議事録」前掲注(66), pp.12-13.

(72) 「介護保険料年10万円超も高齢人口増で抑制限界「妙手ない」」『産経新聞』2024.5.15.

(73) 介護職員の処遇改善の必要性については、介護保険部会において肯定的に捉えられている。

(74) 「第36回社会保障審議会介護保険部会議事録」2010.11.19. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zrx7.html>>

図3 介護保険料（全国平均）の推移



(出典) 厚生労働省老健局「令和6年度介護納付金の算定について(報告)」(社会保障審議会介護保険部会(第111回)資料1) 2024.1.17. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001191688.pdf>> を用いて筆者作成。

### (5) 保険料軽減のための税投入の課題

低所得高齢者の保険料に税(公費)を充当する負担軽減策は国や自治体の財政悪化につながる課題があるとされる。国民健康保険では既に課題が顕在化しており、しばしば対比される。

介護保険制度発足時(2000(平成12)年4月)、国民健康保険(当時の保険者は約1,700の市町村)には、不足補填のための税の投入が行われており、国や自治体の財政悪化が懸念される状況であった<sup>(75)</sup>。その後、国民健康保険は、2015(平成27)年の制度改正により、保険者機能を広域化(都道府県が財政運営の主体となる。)し、財政の安定化が目指されている<sup>(76)</sup>。

一方の介護保険制度は、発足1年後の2001(平成13)年4月時点で、第1号被保険者の保険料を減免する自治体が139あり、そのうち96の自治体では国の原則に反する減免(一律減免、保険料免除、公費投入)を行っていた。当時、介護保険が医療保険と同様の経過を経ることを懸念した厚生労働省は「介護保険制度は、介護を国民皆で支え合おうとするもの」として、低所得であっても能力に応じた支払の必要性を強調するに至っている<sup>(77)</sup>。

### (6) 公費負担の増額

介護保険料の減免への公費投入ではなく、公費負担割合の引上げ(図2の公費割合の変更)も検討すべきとの意見がある<sup>(78)</sup>。年齢が高くなるにつれ資産を有する傾向にあることから、資産に対する税の強化によって、介護保険制度に公費を投入する考え方も見られる(Ⅱ章3)<sup>(79)</sup>。

## 2 第2号被保険者の保険料

介護給付費全体のうち、第1号被保険者全体と第2号被保険者全体がそれぞれ負担すべき割合は、人口比(第1号被保険者と第2号被保険者の人口構成の比)で3年ごとに改定する。第

<sup>(75)</sup> 「5段階の保険料設定への高まる不公平感」『ばんぶう』242号, 2001.8, pp128-131.

<sup>(76)</sup> 唐澤剛「国保制度は50年ぶりの抜本的改革 リスク構造調整の導入は画期的」『社会保険旬報』2612号, 2015.8.11, pp.6-8.

<sup>(77)</sup> 「5段階の保険料設定への高まる不公平感」前掲注<sup>(75)</sup>

<sup>(78)</sup> 増田雅暢「介護保険の危機顕在化 公費負担の引き上げを」『福祉新聞』2025.1.7, p.3.

<sup>(79)</sup> 結城 前掲注<sup>(50)</sup>, p.49.

9期の第2号被保険者全体の負担割合は27%(図2)<sup>(80)</sup>となっており、これを労使が折半する<sup>(81)</sup>。介護保険制度発足以降、第2号被保険者の保険料も一貫して増加傾向にあり、2024(令和6)年度は6,276円(全国平均)になっている(図3)<sup>(82)</sup>。現役世代・子育て世代の負担増は、消費の低迷や将来不安を助長する面があることから問題視する向きもある。企業負担分については、特に中小企業の負担が限界に達しているとの意見も見られる<sup>(83)</sup>。

### 3 保険料負担開始年齢の引下げ

#### (1) 20歳への引下げ議論

保険料負担開始年齢を20歳(現行制度は40歳)とする議論は、介護保険発足時から継続的に行われているが、特に大きな議論は、①介護保険発足前の1990年代後半(1996(平成8)年前後)と、②2005(平成17)年介護保険法改正時、の2度行われている<sup>(84)</sup>。

介護保険の導入に向けて議論を行っていた老人保健福祉審議会が1996(平成8)年4月にまとめた報告書(「高齢者介護保険制度の創設について」)では、有力な案の一つとして、被保険者を20歳以上(保険料負担開始年齢を20歳)とし、高齢者も含む20歳以上の国民全体で介護費用を支えるという案が提示された。しかし、若い世代の理解が得られないといった理由から、閣議決定段階での介護保険法案では40歳以上とし、同法附則で、被保険者の年齢は施行後5年を目処として検討すべき課題とされた<sup>(85)</sup>。

2005(平成17)年介護保険法改正に向けた議論の際には、「被保険者・受給者の対象年齢」が議論の一つとなり、「制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じる」べきとの考えと、「被保険者・受給者の範囲の拡大については、極めて慎重に対処すべき」との考えが示された<sup>(86)</sup>。引下げの案としては、20歳以上、25歳以上、30歳以上の3案が提示された<sup>(87)</sup>が、最終的には保険料負担開始年齢の引下げは行われなかった。

#### (2) 子育て・若者世代への負担増に対する反論

保険料負担開始年齢の引下げの議論が行われても、実施されなかった理由は、若年者自身が

<sup>(80)</sup> 第2号被保険者負担分は、2000(平成12)～2002(平成14)年度は33%、2003(平成15)～2005(平成17)年度は32%、2006(平成18)～2008(平成20)年度は31%、2009(平成21)～2011(平成23)年度は30%、2012(平成24)～2014(平成26)年度は29%、2015(平成27)～2017(平成29)年度は28%、2018(平成30)年度以降は27%と推移している。

<sup>(81)</sup> 他の社会保険制度(医療、年金)と比べると、介護保険の仕組みは世代間格差を助長するものではないとの評価もある(土居「医療・介護給付の財源確保のあり方」前掲注<sup>(29)</sup>, p.38.)。

<sup>(82)</sup> 第2号被保険者平均の負担額(月額:事業者負担分を含む)は、2000(平成12)年度に2,075円であったところ、2024(令和6)年度に6,276円となっている(厚生労働省老健局「第1号保険料と第2号保険料の推移(令和6年度介護納付金の算定について(報告))」(社会保障審議会介護保険部会(第111回)資料1)2024.1.17, p.5. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001191688.pdf>>)。第1号被保険者の負担総額が23%であるのに対し、第2号被保険者の負担総額が27%であるため、相対的に第2号被保険者の集団が多くを負担をしているとの見方もある(川久保寛「介護保険第2号被保険者の負担」『週刊社会保障』78(3282), 2024.9.2, pp.49-51.)。

<sup>(83)</sup> 「第111回社会保障審議会介護保険部会(持ち回り開催)の概要について」2024.1.18, pp.2-3. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001193543.pdf>>

<sup>(84)</sup> 丹下博史「よくわかる介護保険 介護保険4年間の検証と2005年改革(その5) 保険料徴収・給付対象年齢の拡大は見送りに(上)」『第一生命経済レポート』9(1), 2005.4. <[https://www.dlri.co.jp/pdf/dlri/04-20/0504\\_9.pdf](https://www.dlri.co.jp/pdf/dlri/04-20/0504_9.pdf)>

<sup>(85)</sup> 同上, pp.1-3.

<sup>(86)</sup> 社会保障審議会介護保険部会「「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見」2004.12.10, pp.6-7. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/dl/s1210-6.pdf>>

<sup>(87)</sup> 同上, p.22.

給付を受けることがほとんど期待できず、保険料負担に理解が得られないためとされる。2019（令和元）年12月の介護保険部会の取りまとめでは、年齢引下げの議論の前に給付や利用者負担の在り方について適切に見直すことが先決との意見が取り上げられた<sup>(88)</sup>。

近年では、保険料負担開始年齢の引下げを推進する議論はほとんど見られず、年齢引下げを推進する立場の有識者であっても、直ちに議論が行われる状況ではないと見ている<sup>(89)</sup>。2024（令和6）年1月の介護保険部会でも、子育て・若者世代への支援を喫緊の課題と捉え、現役世代と企業に対する保険料の増額には慎重な意見が見られる状況になっている<sup>(90)</sup>。

#### 4 地域における保険料の差

保険者（市町村）によって第1号被保険者の保険料が異なっており、第9期において、保険料基準額の最高は大阪市で9,249円、最低は東京都小笠原村で3,374円となっている（最高と最低で2.7倍）。大阪市では、住民が市に対して高額である理由を求める意見を提出している。大阪市の担当者は、同市において一人暮らし高齢世帯が多いことを要因の一つに挙げている<sup>(91)</sup>。

介護保険は地域保険であることから、住民の自治による給付と負担の適正化が期待されている。しかし、政治的要因などにより保険料が決定付けられることへの問題も指摘されている。自治体行政側にとっては、保険料が高額になる場合、議会説明や住民説明を求められる機会が多くなることが推測される<sup>(92)</sup>。首長の保険料圧縮の公約の前後で介護保険料が乱高下する可能性を示唆した文献もある<sup>(93)</sup>。

### Ⅳ 介護サービスの在り方

介護給付受給者数・介護給付費の増加に対応するために、前章までに取り上げた、利用者自己負担の議論（Ⅱ章）、保険料負担の議論（Ⅲ章）のほかに、介護サービスの在り方に関する議論がある。

<sup>88</sup> 社会保障審議会介護保険部会 前掲注(31), p.24.

<sup>89</sup> 菊池馨実・谷村誠「社会保障制度の将来展望—介護・障害・診療報酬改定と全世代型社会保障制度の構築に向けて—」『月刊福祉』107(4), 2024.4, p.15.

<sup>90</sup> 「第111回社会保障審議会介護保険部会（持ち回り開催）の概要について」前掲注(83)

<sup>91</sup> 二人以上の世帯であれば家族の支援を受けられることもあるが、一人暮らしの高齢者は介護サービスに頼るしかないことが挙げられている（吉田智香「介護保険料が全国1位大阪市のなせ月額9249円で市長は「大きな負担になっている」」『産経新聞』（大阪本社版）2024.5.15, 夕刊.）。独居高齢者比率が高い地域では、介護ニーズも高まるとの分析もある（吉田浩「地域別介護需要の決定要因に関する研究—介護サービス事業の立地戦略を展望して—」『地域ケアリング』25(13)(臨増), 2023.12, pp.86-88.）。

<sup>92</sup> サービス供給量を拡張しつつ同時に保険料を抑える手段としては、一般財源からの繰入れのほか、介護給付費準備基金の取崩しや財政安定化基金（都道府県）からの貸付けが考えられる。取崩し・貸付けの場合には、いずれ返済等が必要になるため、保険料を抑える効果は短期間である。なお、一般会計から保険財政への繰入れは、本来第1号被保険者の保険料で負担することとなる費用に対して、市町村の一般財源を充てることになることから、会計検査院が、費用負担の公平性を損なうとして報告を行ったこともある。会計検査院「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果についての報告書（要旨）」2016.3. <[https://www.jbaudit.go.jp/pr/kensa/result/28/pdf/280325\\_youshi\\_01.pdf](https://www.jbaudit.go.jp/pr/kensa/result/28/pdf/280325_youshi_01.pdf)>

<sup>93</sup> 秋田県と神奈川県との47市町村に対するヒアリング結果による分析。ただし、統一地方選挙（首長選挙）の有無に応じて被保険者規模が1,000人未満の市町村を抽出し、第4期から第5期の保険料の増加率と第5期の保険財政状況の関係を簡易的に分析した結果、いずれの場合においても両者の相関関係を見いだすことはできなかったとも論じている（鈴木栄之心「公的介護保険制度における市町村の保険料設定行動—「介護保険財政データベース」の構築による実証分析」『自治体学』34(2), 2021.3, pp.66-67.）。

## 1 地域別の介護サービスの方向性

厚生労働省は、地域別（中山間・人口減少地域、都市部、その他）の介護サービスの方向性を検討し、2025（令和7）年度中<sup>(94)</sup>に「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の報告書を取りまとめるとしている（表3）。

表3 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の主な課題と論点

	地域の状況	検討の方向性
① 中山間・人口減少地域	既にサービス需要減の地域あり	需要減に応じた計画的なサービス基盤確保
② 都市部	サービス需要急増 (2040年以降も増加)	需要急増に備えた新たな形態のサービス
③ ①②以外の地域 (一般市等)	当面サービス需要増 → 減少に転じる	現行の提供体制を前提に需要増減に応じたサービス基盤確保

(出典) 「「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（案）」（社会保障審議会介護保険部会（第116回）資料4）2024.12.23, p.1. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001361308.pdf>> を用いて筆者作成。

同時に、厚生労働省は、人口減少による介護従事者不足が見込まれるとして、処遇改善のほか、先進技術の活用、業務負担軽減・職場環境改善への取組が必要であるとしている<sup>(95)</sup>。

## 2 地域におけるサービス量の差

地域によって、高齢者人口を含めた将来の見込みも、種類別（施設介護・在宅介護など）のサービス量も異なっている<sup>(96)</sup>。住民のニーズと提供量が合わずに、適切なサービスを受けられないこともある<sup>(97)</sup>。

### (1) 都市部（施設系サービスの少ない地域）

大都市圏を中心に、施設系サービス（特別養護老人ホーム等）が少ない傾向が見られる。こうした地域では、高齢化が進展する時期と、介護保険財政の悪化等によって、脱施設化が推進された時期が重なった。施設系サービスの少ない地域では、需要の急増を受け、在宅系サービス（訪問介護、通所介護（デイサービス）等）の増加が見られる<sup>(98)</sup>。この結果、施設系サービスの不足によって、重度の要介護状態の利用者であっても、在宅系サービスの選択を強いられることにもなる<sup>(99)</sup>。

在宅系サービスの場合は、施設系サービスとは違い、家族による負担も一定程度必要になる

<sup>94</sup> 厚生労働省は2025（令和7）年春頃に中間まとめを行い、2025（令和7）年夏を目途に取りまとめるとしている（「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（案）」（社会保障審議会介護保険部会（第116回）資料4）2024.12.23, p.1. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001361308.pdf>>）。

<sup>95</sup> 同上, p.2.

<sup>96</sup> 介護保険は地域保険であることから、住民による選択がサービス量を決定する場合もあり、地域に差があることは、直ちに問題があるとは限らない。

<sup>97</sup> 仁科伸子「介護保険制度を利用している重度の介護が必要な人の居宅介護の実現状況をめぐる基礎的研究」『社会福祉研究所報』51号, 2023.3, p.58.

<sup>98</sup> 在宅系サービスの場合、介護従事者が要介護者の住居へ訪問することになるが、人口密度の高い大都市圏の方が、移動の時間が短くなるなど、効率的にサービスを展開することができ、介護事業者にとっても参入のハードルは下がる（同上, pp.58-59.）。

<sup>99</sup> 同上

(夜間のケア等)<sup>(100)</sup>。同居家族がいない場合には、在宅系サービスを利用した介護を選択することはそもそも無理であるとの見方もあり、施設系サービスの不足は、介護保険が本来目指す方向（介護の社会化）と逆行しているとの主張もある<sup>(101)</sup>。

## (2) 中山間・人口減少地域（在宅系サービスの少ない地域）

厚生労働省は、中山間・人口減少地域でのサービス需要は減少するとしている（表3）。一方で、人口密度の低い地域では要介護者の住宅間の移動距離が長いことや、十分な利用が見込めないことなどから、訪問介護事業者の安定的な経営が難しいとされる<sup>(102)</sup>。夜間サービスなどは、更に利用者が少なくなる。したがって、こうした地域では在宅系サービスの提供量が少ない傾向があり、需要減少に伴って、訪問介護事業者の撤退や参入控えが更に進めば、利用者は必要なときに必要なサービスが受けられないことになる。施設系サービスへ入所できる場合もあるが、その場合には住み慣れた自宅で過ごすことを選択できない<sup>(103)</sup>。

通所の介護予防事業についても、在宅系サービスと同様に、都市部以外でのサービス展開には困難さがあるという。介護予防サービスが展開されたとしても、サービスを必要とする高齢者が自宅から事業所まで歩いて行けない場合、地域特性に応じた工夫も必要になる<sup>(104)</sup>。

## (3) 施設系・在宅系サービスのどちらも少ない地域

離島など一部の地域では、介護サービスそのものが少ない状況にある<sup>(105)</sup>。人口規模が小さいため、入所施設が設置されず、訪問介護事業者の参入も少なく、介護が必要になった際には、家族に頼るほかない。介護サービスがなくても我慢するといった住民の声もあるが<sup>(106)</sup>、介護が必要な状況になった場合には、住民は自宅から離れた場所でのサービスを利用することになり、高齢者の生活への支障は大きい<sup>(107)</sup>。

## (4) 介護人材不足による影響

介護人材不足による影響が全国的に見られるようになった。こうした事態を解消するため、国は各種施策<sup>(108)</sup>を行うほか、自治体でも独自の支援策を行い、人手を確保しようとする動きが見られる。東京都は「東京都居住支援特別手当」<sup>(109)</sup>を新設し（2024（令和6）年度）、処遇

<sup>(100)</sup> 在宅系サービスが多い地域は、二世帯・三世帯の家庭が多い地域と重なる。

<sup>(101)</sup> 久保恵理子「大阪府下に見る在宅介護の実態とサービス利用に関する研究」『年報人間科学』44号, 2023, p.11.

<sup>(102)</sup> 仁科伸子「介護保険制度とデータから見たエイジングインプレイスに関する研究」『経済志林』89(2), 2022.3, pp.390-392.

<sup>(103)</sup> 訪問介護事業者の撤退や参入控えは、中山間・人口減少地域に限ったものではなく、都市部でも訪問入浴介護サービスからの撤退などが見られるという（結城 前掲注<sup>(27)</sup>, pp.94-98, 102-105.）。

<sup>(104)</sup> 介護予防（体操）＋買い物（スーパー）＋送迎をバックにした事業を考えるなど、地域特性に応じた工夫が必要になると提言されている。『地域づくり支援ハンドブック vol.1』株式会社 TRAPE, 2003, pp.21, 71. <[https://trape.jp/wp-content/themes/\\_local/documents/R4\\_shien\\_handbook\\_vol\\_01.pdf](https://trape.jp/wp-content/themes/_local/documents/R4_shien_handbook_vol_01.pdf)>

<sup>(105)</sup> こうした自治体では、介護サービスが展開されていないため、介護保険料が極端に安くなることもある。

<sup>(106)</sup> 東京都の離島で八丈島よりも小さい島での状況。結城 前掲注<sup>(27)</sup>, pp.102-104.

<sup>(107)</sup> 仁科 前掲注<sup>(102)</sup>, pp.390-392.

<sup>(108)</sup> 牧野千春「介護人材確保対策とその課題」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1299号, 2024.11.28, pp.2-8. <<https://dl.ndl.go.jp/pid/13834954>>

<sup>(109)</sup> 事業者に対して給付され、手当額は対象職員につき1万円であり、勤続5年目までは更に1万円が加算される。勤続5年以内の介護職員を優遇している。これは仕事の魅力を高めて入職者の増加・定着に結び付ける狙いがある。2025（令和7）年度予算では、約285億円の事業費が見込まれている。

改善による介護人材確保・定着の支援を始めた。東京都では、住居費用が高いことを手当の理由に挙げ、国が必要な見直しを講じるまでは同手当を継続するとしている。こうした動きは、介護人材の処遇改善策として歓迎する意見がある一方で、支援財源のない近隣の県では、介護人材の東京都への流出を危惧しているという<sup>(110)</sup>。

### 3 これまでの給付抑制施策

#### (1) 施設系サービス（特別養護老人ホーム等）

介護保険発足当初（2000（平成12）年）は、給付費総額のうち約7割が施設系サービスに対するものであった。発足直後から、一定の家族介護が必要になる在宅サービスよりも、介護・看護の専門職が夜間等のケアも行う施設系サービスへのニーズが大きかったという<sup>(111)</sup>。

介護保険サービスの利用者（特に施設系サービス利用者）の急増が見込まれていたため、その抑制を図るため、第2期（2003（平成15）～2007（平成19）年度）の時点で、厚生労働省は、特別養護老人ホームへの入所申込者が急増した市町村に対して、入所申込者の実態（本人の意向や要介護度・在宅系サービスの利用状況等）を把握した上で、入所必要数を適切に見込む要請を行った<sup>(112)</sup>。

その後の2015（平成27）年制度改正で、特別養護老人ホームへの入所要件が、要介護度3以上の利用者限定され、要介護度1～2の利用者は原則入所不可となった<sup>(113)</sup>。当時、特別養護老人ホームへの入所希望者が急増し、入所までに長期の待機期間を要した。近年では都市部を中心に待機者数は減少傾向にあり<sup>(114)</sup>、利用者が定員に満たない施設も見られる<sup>(115)</sup>。

#### (2) 要介護状態への移行防止策

増加傾向が続いている介護給付費が一時的に減少したのは、予防給付等が導入された2006（平成18）年である（図1）<sup>(116)</sup>。当時、要介護1や要支援1～2といった比較的要介護度の低い人の介護保険利用の増加が、給付費増額の要因とされ、早い段階で対応し、要介護状態への移行を予防する「予防重視」の考え方が出てきた<sup>(117)</sup>。市町村は、それまで担ってきた介護サー

(110) 結城康博「小池都政の介護職の賃上げ、素直に素晴らしい 全国の自治体も続け！ 大きな変革のきっかけに」2024.6.11. 介護ニュース Joint ホームページ <<https://www.joint-kaigo.com/articles/27790/>>

(111) 生駒恵子「介護保険制度22年、財源逼迫と制度改正に関する考察」『徳島文理大学研究紀要』105号, 2023.3, p.17.

(112) 「II 第2期介護保険事業計画等」（全国介護保険担当課長会議資料）2002.6.4. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020604/2-2.html>>

(113) 「特例入所」として、介護保険給付の単価が大きく減算され、実質的に入所できなくなった。

(114) 特別養護老人ホームの待機者数の減少要因には、2015（平成27）年の入所要件の変更のほかに、住居系施設（サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、有料老人ホーム）の建設が進んだことも挙げられている（「特養は情報収集して選ぶ時代になった 看取り実績で厳選788施設」『週刊ダイヤモンド』112(9), 2024.3.9, pp.46-57.）。2011（平成23）年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年法律第26号。「高齢者住まい法」）により、サ高住が始まり、有料老人ホームと併せて、近年その数は増加傾向にある。増加の傾向を見せる時期が、前述の2015（平成27）年制度改正の時期と重なる。サ高住・有料老人ホーム（住居系施設）は、要介護度によらず入居できるが、入居費用が高額になることもあり、入居できるのは一定の資産・所得がある利用者に限られる。都市部での特別養護老人ホームの待機期間は半年～1年程度とみられ、費用の高いユニット型個室タイプは1～2か月程度で入所できる。ユニット型個室タイプの入所費用（所得によって異なる。）はサ高住や有料老人ホームと同じ程度とされる。一方、費用の安い多床室（4人部屋）への入所希望者は多いという（結城 前掲注<sup>(27)</sup>, pp.150-152.）。

(115) 宮澤仁『都市高齢者の介護・住まい・生活支援—福祉地理学から問い直す地域包括ケアシステム—』明石書店, 2021, pp.51-54.

(116) 2006（平成18）年制度改正によって、「地域密着型サービス」と「予防給付」（要支援1～2の利用者を対象としたサービス）が新設された。「地域密着型サービス」は、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護など13種類の新たなサービスで、市町村が事業所指定を行い、独自に監督し、定員、費用などを決めるものである。

(117) 生駒 前掲注<sup>(111)</sup>, pp.19-20.

ビスの提供に加えて、要介護者の発生を抑える施策が求められ、財政面の管理・調整を行う役割をより一層強く持つようになった<sup>(118)</sup>。

### (3) 総合事業

#### (i) 自治体の任意事業化

介護給付費の増加が進む中、「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）の見直しが行われ<sup>(119)</sup>、新しい総合事業（2015（平成27）年4月開始）では、市町村の状況に応じて住民主体で行うサービス（ボランティアなどによるサービス）とされた。要支援1～2の訪問介護（ホームヘルプサービス）と、通所介護（デイサービス）は、市町村の任意事業（介護保険上の義務がなくなる。）となり、ボランティアの活用や効率的なサービス展開などにより、介護保険によるサービスの抑制<sup>(120)</sup>が目指された。自治体によっては、要支援1～2に対するサービスを住民主体サービスに移行するなどして、事実上ほとんどサービスをなくしたり、短期的なサービスのみを提供（介護の卒業とも言われる。）したりする自治体も見られた<sup>(121)</sup>。2017（平成29）～2018（平成30）年に一時的に受給者数が減少している（図1）。

#### (ii) 総合事業の現状

総合事業の開始（任意事業化）によって、介護サービスの抑制が目指されたが、新たな住民主体サービスは実際にはそれほど普及が進んでいないと見られている。これは、総合事業の中で従前相当のサービス<sup>(122)</sup>を実施している自治体があるためとされる<sup>(123)</sup>。

<sup>(118)</sup> 厚生労働省は、2003（平成15）年10月に、自治体に対して「給付適正化運動」を要請している。同時に、介護給付費増を1%程度に抑え込む目標を示しており、「適正化」は「給付費抑制」を目指すものであった（芝田英昭編著『検証介護保険施行20年—介護保障は達成できたのか—』自治体研究社、2020、p.121.）。

<sup>(119)</sup> 総合事業は、2011（平成23）年の介護保険法改正によって創設され（介護保険法第115条の45（地域支援事業）、介護予防サービス（食事・入浴支援、リハビリ等）と生活支援サービス（配食・見守り・外出支援等）の一体的提供を目的とし、実施は市町村の判断に委ねられた。その後の、2014（平成26年）介護保険法改正で、総合事業の見直しが行われ、介護予防給付のうち訪問介護・通所介護を、地域の実情に応じて、効果的・効率的に提供できることとした（サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等）。ボランティアの活用も想定され、自立した高齢者がサービス提供側として活躍することも期待された（森詩恵「高齢者の生活支援サービスからみた介護保険改正とその変遷—介護保険制度導入時から2014年介護保険改正まで—」『大阪経大論集』67(2), 2016.7, pp.38-40.）。総合事業は給付費抑制と結び付けて論じられることが多いが、創設当初の目的は給付費抑制ではなかったとする有識者もいる。すなわち、介護予防の効果を高めるためには、保険給付だけでも当時の介護予防事業だけでも不十分であり、住民主体の活動や一般事業者も含めたサービス提供を総合的に組み合わせる展開することが目指されていたとの見方がある（高野龍昭「現実味を帯びる介護保険制度の軽度者改革—総合事業の本来の目的に立ち返った議論を」2023.1.24. 介護ニュース Joint ホームページ <<https://www.joint-kaigo.com/articles/5893/>>）。

<sup>(120)</sup> 総合事業の財源構成は介護保険サービスと同じ（図2）である（[厚生労働省老健局]老人保健課「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」2024.3, p.35. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001221555.pdf>>）。ただし、総合事業は75歳以上高齢者人口等に応じて自治体ごとの上限額が設定されている（介護保険法第115条の45第4項）点異なる。なお、特別な事情がある場合の例外規定（「介護保険法施行令第37条の13第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める事由」（令和6年厚生労働省告示第19号））もある。

<sup>(121)</sup> 芝田編著 前掲注<sup>(118)</sup>, pp.135-136.

<sup>(122)</sup> 総合事業開始に伴って、要支援1～2の利用者に介護保険サービスとして提供されていた「介護予防訪問介護」（ホームヘルパーが自宅等に訪問し、日常生活支援（入浴・排せつ・食事等）や、家事（調理・洗濯・掃除等）を行う。）と「介護予防通所介護」（老人デイサービスセンターなどに日帰りで通い、日常生活支援や機能訓練などを行う。）が廃止された。しかし、多くの自治体が高齢者に対して、「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」と同等のサービスを「従前相当サービス」（総合事業の一つ）として提供している実態がある。

<sup>(123)</sup> 訪問型で1,605（総数1,741のうち92.2%）、通所型で1,596（同91.7%）の市町村が従前相当サービスを実施している（2023（令和5）年3月末時点）。従前相当サービス以外の総合事業を実施している市町村は、訪問型で1,142

総合事業（従前相当サービス以外）の普及が進まない原因として、市町村の広報活動の不足が指摘されるものの、そもそも総合事業は採算性も低く、市町村が支給する運営費の補助金があったとしても、サービス提供者の収支が成り立たないことが原因の一つとも見られている<sup>(124)</sup>。

#### 4 将来の給付抑制の議論

第10期に向けた今後の給付抑制策の例として、(1) 総合事業の普及、(2) ケアプランの有料化、(3) 住居系施設への介護サービスの抑制、を取り上げる。

##### (1) 総合事業の普及

###### (i) 政府の提言

総合事業（従前相当サービス以外）の普及が進まない中、自治体に対して、総合事業の費用削減に向けた努力が求められている<sup>(125)</sup>。厚生労働省は、費用削減効果の見られない自治体（75歳以上人口の伸びに見合わない費用の自治体）に対して費用縮減計画（翌年度分）の作成を義務付ける対策を行っている<sup>(126)</sup>。こうした中、総合事業拡大によって介護サービスの費用圧縮を進めたい財務省は、総合事業の対象者の拡大（要支援1～2に加えて要介護1～2を対象とする。）の方向性を提言した<sup>(127)</sup>。

###### (ii) 賛否の意見

費用圧縮を肯定する有識者からは、要介護度が重い方を優先するべきとの考え方<sup>(128)</sup>もあり、自立支援・重度化抑制などの様々なサービスを全て保険で行うという利用者意識の変革も必要との意見も見られる<sup>(129)</sup>。

財務省が新たに要介護1～2の利用者の総合事業への移行を求めたことへ、介護業界が反発している<sup>(130)</sup>。利用者の立場からは、要介護1～2、要支援1～2の人々が軽度と見られることへの疑問も呈されている。要介護1～2の中には認知症の人も多く、徘徊などにより、ケアが大変との声もあるほか、ケア対応の有無がその後の重症化に関わるとの意見もある。要支援1～2に関しては、要介護認定の際にケアの手間（ケア時間）による判定が行われていないため、必要なケアを確保できない仕組みになっていることへの批判がある<sup>(131)</sup>。

そもそも「介護予防」との名称<sup>(132)</sup>に疑問を持つ声もある。総合事業（2015（平成27）年以降）

---

（同65.6%）、通所型で1,237（同71.1%）である。実施が進んでいないものとしてサービスB（住民ボランティアによるもの）があり、訪問型で339（同19.5%）、通所型で276（同15.9%）である。厚生労働省老健局老人保健課「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和4年度実施分）に関する調査結果（概要）」p.16. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001214325.pdf>>

<sup>(124)</sup> 「住民主体のサービスBの普及進まず」『日経ヘルスケア』397号, 2022.11, pp.50-51.

<sup>(125)</sup> 介護保険法第115条の45第4項、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第37条の13第1～4項。

<sup>(126)</sup> 「住民主体のサービスBの普及進まず」前掲注<sup>(124)</sup>, pp.48-55.

<sup>(127)</sup> 同上

<sup>(128)</sup> 「介護保険制度の検証と第9期介護保険事業計画の課題」『シルバー新報』2024.9.15, pp.9, 11.

<sup>(129)</sup> 土居丈朗「インタビュー医療・介護費の増加を踏まえ負担の在り方の議論が必要（子育て支援金の財源確保のため医療・介護保険の改革断行を一全世代型社会保障構築会議の「改革工程」をみる一）」『週刊社会保障』78(3266), 2024.4.29-5.6, pp.14-17.

<sup>(130)</sup> 「住民主体のサービスBの普及進まず」前掲注<sup>(124)</sup>, pp.53-55.

<sup>(131)</sup> 西岡修「要介護1・2（軽度者？）の総合事業へのふりかえ問題を考える」『月刊ゆたかなくらし』487号, 2023.2, pp.12-19.

<sup>(132)</sup> 介護保険法第115条の45（地域支援事業）は、「市町村は、被保険者・・・（中略）の要介護状態等となること

の利用者を追跡調査した報告によると、介護予防サービスを受けても、1～2年後には半数以上のケースで要介護度が悪化している（「悪化」が「改善」を上回る）実態がある<sup>(133)</sup>。

自治体職員に実施したアンケート調査によると、「総合事業の施策自体が現場で使いにくい」、「全国一律の事業給付となるよう求める」といった意見が寄せられているという<sup>(134)</sup>。市町村にとっては、予算の範囲内で自立支援と介護予防を実施するためには、ボランティアなどによるケア人材を育成することが喫緊の課題となっている<sup>(135)</sup>。

## (2) ケアプランの有料化

### (i) 政府の提言

ケアプラン（介護サービス計画書）<sup>(136)</sup>の作成に自己負担が発生しておらず、これに自己負担を導入する（ケアプランの有料化）提案が示されている<sup>(137)</sup>。ケアマネジメント<sup>(138)</sup>費用は5820億円（2023（令和5）年度）であることから、利用者全員に1割の負担を求めた場合、582億円の財政効果が見込めることになる<sup>(139)</sup>。

ケアプランは、介護保険制度発足前の老人保健福祉審議会でも、介護サービスへの入口とされ、高齢者がケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要があるとされていた<sup>(140)</sup>。

### (ii) 賛否の意見

財政制度等審議会・財政制度分科会では、ケアプランについて、サービス利用が定着していることを踏まえて、本来利用者が一定の負担をすべきものとしている<sup>(141)</sup>。ケアプラン有料化によって、利用者はコスト意識から、良いケアプランを求める心理が働き、ケアマネジャーの間でも競争原理が働き、その相乗効果として、介護給付全体の抑制につながるとしている<sup>(142)</sup>。

その一方で、ケアプラン有料化によって、ケアマネジャーに過剰な要求をする利用者や家族が出てくることや、自分で作成するセルフプランが増え、介護現場の混乱が生じる可能性が懸念されている。利用者の個々の課題や心身の状況などに応じて介護サービスなどが総合的に提

---

の予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、・・・(中略)・・・地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。」と規定している。

<sup>(133)</sup> 石原 前掲注<sup>(39)</sup>

<sup>(134)</sup> 同上, p.45.

<sup>(135)</sup> 石井義恭「地域共生社会の実現を見据えた介護保険事業の運営について」『社会福祉研究』149号, 2024.4, p.91.

<sup>(136)</sup> ケアプランとは、介護サービス・介護予防サービスを利用する際に、要介護者・家族の状況に応じて、利用するサービス等を決める計画書のこと。介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成することが多い（利用者自身が作成してもよい）。

<sup>(137)</sup> 財政制度等審議会「新たな財政健全化計画等に関する建議」2018.5.23, p.108. 財務省ホームページ <[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia300523/06.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia300523/06.pdf)>

<sup>(138)</sup> ケアプラン作成前後を含む一連の行為（要介護者・家族の状況の調査、ケアプランの作成、利用者への説明、介護サービス提供後の再調査等）をケアマネジメントとも言う。

<sup>(139)</sup> 厚生労働省「令和5年度介護給付費等実態統計報告（令和5年5月審査分～令和6年4月審査分）」によると、1年間に、居宅介護支援として約5357億円、介護予防支援として約463億円が給付されている。

<sup>(140)</sup> ケアプランに自己負担を求めないこととした要因は複合的であり、老人保健福祉審議会での議論はその一つとされる。老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」1996.4.22, p.8. 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/993.pdf>>

<sup>(141)</sup> 財務省「こども・高齢化」（財政制度分科会 資料）2024.4.16, p.109. <[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20240416/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20240416/01.pdf)>

<sup>(142)</sup> 財政制度等審議会 前掲注<sup>(37)</sup>

供されるようにするためにも、有料化は望ましくないとの主張もある<sup>(143)</sup>。また、そもそも自己負担の導入は、利用者に大きな負担を強いるとの意見も見られる<sup>(144)</sup>。

### (3) 住居系施設への介護サービスの抑制

近年、住居系施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の急増が、介護保険財政への影響を与えるとの見方がある。訪問介護事業者の企業収益の面からは、利用者の家を一軒ずつ訪ねる訪問介護サービスは効率的とは言えず、要介護者が同棟に複数居住する住居系施設で巡回的に訪問介護を行う事業の方が効率的と考えられているという<sup>(145)</sup>。

施設系サービスの利用を重度な要介護者向けに限定したことは、住居系施設の増加を生む流れとなったが、政府や保険者（市町村）側にとっても、住居系施設は財政支出を抑えられるとの見方もあり、当時はその増加を特に問題視してこなかった。しかし、近年になって、こうした増加傾向が続くことが、介護保険支出の増加を招く一因であるとの考え方が見られるようになった。加えて、住居系施設での画一的なケアプランや過剰なサービス（いわゆる囲い込み）が見られ、ケアマネジャーや自治体による適切な関与ができていないこと等により、不適切な介護給付費が発生しているとの指摘もある<sup>(146)</sup>。住居系施設で「外付けサービス」<sup>(147)</sup>を行った場合、特別養護老人ホーム等での「包括報酬」に比べて多くの報酬を得られることから、住居系施設に対しても、介護費用が大きくなならないような対策が必要との考えが示されるようになった<sup>(148)</sup>。

## 5 受給開始年齢の引上げ

高齢者に関する各種の制度（公的年金等）には、過去に対象年齢が引き上げられた経緯があることから、介護保険の受給開始年齢（65歳（特定疾患を持つ場合40歳））の引上げの可能性について、報道等で話題になることがある<sup>(149)</sup>。

2024（令和6）年5月の経済財政諮問会議では、有識者から、「高齢者の定義を5歳延ばすことを検討すべき」との資料が提示され、GDP成長と公的給付の伸びの抑制を両立する方法として議論された。その後、厚生労働大臣が記者会見で、介護保険の対象年齢について「直ち

(143) 日本介護支援専門員協会「財政制度等審議会・財政制度分科会の資料に対する見解」2024.5.10. <<https://www.jcma.or.jp/wp-content/uploads/240510zaiseisinsiryoukenkai.pdf>>

(144) 居宅介護支援事業所へのアンケート結果で「経済的負担のため他のサービスを削る利用者が出てくる」との意見も見られる（大阪社会保障推進協議会介護保険対策委員会「ケアプラン有料化問題大阪市内居宅介護支援事業所緊急アンケート結果報告書」2019.11.15, p.4. <<https://www.osaka-syahokyo.com/1920kaigo/kma191125.pdf>>）。

(145) 小島美里「介護保険制度は、崖っぷち!! 保険料払い続けても介護なし」『現代の理論』2024冬, pp147-151.

(146) 財務省「財政制度等審議会における議論の状況について」（第52回社会保障ワーキング・グループ 資料3）2024.11.14, p.99. 内閣府ホームページ <<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/20241114/shiryou3.pdf>>

(147) 「外付けサービス」とは、住居系施設の提供事業者が自ら介護サービスを提供するのではなく、関連法人等が提供する介護サービスのこと。介護報酬の仕組みでは、「外付けサービス」は「出来高払い」となり、特別養護老人ホーム等の事業者が自ら介護サービスを行った場合の「包括報酬」よりも多くの報酬が得られる（財政制度等審議会「我が国の財政運営の進むべき方向」2024.5.21, pp.73-74. 財務省ホームページ <[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia20240521/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20240521/01.pdf)>）。

(148) 小島 前掲注(145); 「サ高住併設型介護サービス 支給額に上限設定を 財政審 囲い込み問題への対応提言」『シルバー新報』2024.4.26, p.2.

(149) 「年金開始を70歳からにする気？」高齢者の定義5歳引き上げを提案した財界トップの思惑 街の嘆きを聞いた」2024.5.28. 東京新聞ホームページ <<https://www.tokyo-np.co.jp/article/329787>>

にその範囲を見直すことは考えていない」と発言したことが報じられている<sup>(150)</sup>。

## おわりに

高齢者人口の増加などを背景に、介護給付の受給者数・金額も増加傾向にある。内閣府は、医療・介護給付費の伸びが経済の伸びを上回るとし、改革の必要性を示した。その方向性として、①利用料負担の増加、②保険料負担の増加、③サービス対象の限定、がある。

介護保険部会で、利用料負担3割・2割の対象者の増加策（該当する所得水準を下げる。）の是非が検討されたが、結論には至らず、2028（令和10年）度までに必要な見直しの検討を行うこととされた。保有資産に応じた負担も議論に挙がっているが、事務負担の増加などの課題も多い。

第1号被保険者の保険料は、各自治体で所得階層に応じたものとしており、2024（令和6）年度からは、条例改正などによって、高所得層の被保険者の保険料を上昇させる施策が進められた。一方、第2号被保険者の保険料も上昇傾向にあり、現役世代と企業の負担増を招いている。子育て・若者世代への支援は喫緊の課題と捉えられており、保険料の増額や負担開始年齢の引下げに伴う負担増に対する慎重な意見が見られる。

過去には、要介護度の低い利用者へのサービス（予防給付など）を、義務的事業から市町村の任意事業とする制度改正が進められてきており、これを介護サービスの抑制と見る向きもある。近年ではこうした施策ばかりではなく、人手不足によるサービス縮小の危険性が注視されている。

地域保険である介護保険では、自治体に給付と負担のバランスの決定が委ねられていると言える。しかし、高齢化の進行度、世帯構成の違いのほか、介護事業者の参入のしやすさの影響も受け、地域による差が生じる。地域差を通して、介護保険の課題を見ることができる。給付と負担に対する様々な考え方があり、今後の議論を注視していく必要がある。

（おんだ ひろゆき 総務部副部長）

（本稿は、筆者が社会労働調査室在職中に執筆したものである。）

(150) 「「高齢者は65歳」を維持、武見厚労相 経済財政諮問会議での「70歳」提言を否定」2024.5.28. 産経新聞ホームページ <<https://www.sankei.com/article/20240528-KW2CIX22PVJQLI33I3Q6RTJQN4/>>