

松 山 大 学 論 集  
第 29 卷 第 6 号 抜 刷  
2 0 1 8 年 2 月 発 行

## 介護保険制度改革と高齢者の階層化

牧 園 清 子

# 介護保険制度改正と高齢者の階層化

牧 園 清 子

## は じ め に

介護保険制度は、高齢者介護を支えてきた老人福祉制度と老人保健制度に替わり、高齢者介護の中核を担う制度として2000年4月に創設された。

厚生労働省は介護保険制度導入について、「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ことを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とし、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度で、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用した。」と説明している<sup>1)</sup>。

こうして高齢者介護は社会保険という新たな手法を用いて解決が図られることになったが、介護保険制度は、国民・利用者にどのような影響を与えたのであろうか。

福祉国家は基本的には貧困・低所得層向けの政策を重視する国家と考えられるが、社会保険が政策の中核となることや福祉サービスの対象者の拡大、利用者負担の軽減をめぐって、次第に中流階層もその体制から相当程度の利益を受けるようになり、「中流階層のための福祉国家」とも呼ばれる様相をあわせもつ状況になりつつあるとされる<sup>2)</sup>。

介護保険制度成立当初、星野信也は介護保険制度がもたらす福祉国家中流階層化のマイナス面をつぎのように指摘していた。

「介護保険制度では、被保護者も、生活扶助と介護扶助を通じて、国民健康保険や老人保健制度の場合のように制度から排除されることはないが、実際に

厳しい資源制約の影響を被るのは、普遍性強調の前に選別的な優先順位を否定され、原則として社会的要因も家族的要因も裁量されなくなった高齢者ではかなり幅広い低所得者層であり、そうした高齢者にとっては、保険料負担も自己負担もかなり重い負担と感ぜられるに違いない。<sup>3)</sup>と。

厚生労働省も、介護保険制度を従来の老人福祉・老人医療制度と比較した場合、利用者の選択的利用、サービスの計画的利用、多様なサービス提供などの違いとともに、中高所得者にとっては、利用者負担が重く利用しにくい制度から所得に関わらず1割の負担となり、利用者負担が軽減され、介護保険制度は中高所得者にとって利用しやすい制度になったと指摘している<sup>4)</sup>。また、先行研究では、低所得者層でサービスの過少利用が高頻度で発生していること<sup>5)</sup>や、社会階層が低いほど介護サービスの認知が進んでいないこと<sup>6)</sup>などが報告されている。つまり、介護保険制度が利用者に与える影響は、階層によって異なるということである。

一方、2000年代以降、日本社会における不平等や格差の問題が取り上げられるようになった<sup>7)</sup>。

高齢者世帯については、近年、中所得階層が低所得階層と相対的高所得層に二極化する傾向があるとの指摘がなされている<sup>8)</sup>。

また、総務省の「全国消費実態調査」によると、2014年の相対的貧困率は9.9%であるが、世帯主65歳以上の世帯では13.6%で、全体に比べて高齢世帯主世帯の相対的貧困率は高い。しかし、相対的貧困率は全体では1999年の9.1%から2014年は9.9%とやや増加しているが、世帯主65歳以上の世帯では、15.0%から13.6%に減少しており、全世帯とは逆にこの間の高齢世帯主世帯の相対的貧困は解消の方向にあるといえよう。

ただし、「国民生活基礎調査」の個票データを用いた阿部彩の分析によると、再分配後の等価可処分所得における男女別年齢層別の相対的貧困率では、2006年から2012年にかけて男性高齢者の相対的貧困率は大幅に下がり、男性に限って言えば解消の方向にあるが、女性高齢者ではその傾向は見られず、また、

女性高齢者はすべての年齢層で男性高齢者よりも相対的貧困率が高い。とくに後期高齢層ではその差が大きく、女性の後期高齢者の相対的貧困率は24～25%と最も高くなっている<sup>9)</sup>。

したがって、低所得高齢者の介護保険サービスの利用において困難や制限がないか危惧される。介護保険料は3年ごとの改正により毎回引き上げられているが、高齢者は介護保険料の支払いや利用者負担が可能なのだろうか。また、福祉国家の中流階層化が指摘される中、低所得層の高齢者が介護保険サービスをより利用しやすくするために、低所得者対策や利用者負担の軽減などは行われているのであろうか。

そこで、本稿では、介護保険制度における階層に着目し、介護保険制度がもたらした中流階層化の中味を、介護保険のサービスの利用や制度改正の検討を通して明らかにしたい。まず、介護保険制度の仕組みと2000年以降の介護保険の利用動向を確認する。ついで、創設以降の介護保険制度改正の概要を検討する。さらに、介護保険制度における階層化と関わる改正として、保険料、利用負担割合、高額介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費（「補足給付」）、境界層措置の5点を取り上げ、その仕組みや内容を検討する。そして最後に、介護保険制度の改正と階層化の方向を整理し、介護保険制度の課題を指摘することにしたい。

## 1 介護保険制度の仕組みと利用動向

### (1) 介護保険制度の仕組み

介護保険制度では、市町村（特別区を含む）が保険者となり、40歳以上の者を被保険者とし、介護保険制度を運営する。被保険者は介護保険制度に加入し、保険料を支払う。

介護保険制度の被保険者は40歳以上の者であるが、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者に区分される。

介護保険給付については、第1号被保険者は要介護状態または要支援状態と判断された場合、第2号被保険者は老化に起因する疾病（特定疾病）に罹患し、要介護状態または要支援状態にあると判断された場合に行われる。

被保険者が介護保険サービスを利用したい時は、市町村に要介護認定を申請する。要介護または要支援認定を受けた被保険者が介護保険サービスを利用することができる。その際利用料を支払う仕組みとなっている。

以下では、費用負担の仕組みを65歳以上の第1号被保険者の場合でみよう。まず、保険料についてみる。

第1号被保険者の保険料の徴収に当たっては、一定額以上の老齢退職年金受給者（2006年4月から遺族年金・障害年金まで対象を拡大）については、年金からの特別徴収が行われ、それ以外の者については、市町村が個別に徴収する（普通徴収）。年金からの徴収の対象は年額18万円以上の者であり、保険料収納額の9割は特別徴収である<sup>10)</sup>

介護保険料は第1期（2000年から2002年）では、第1号被保険者1人当たりの月額額は2,911円であったが、年々増額となり第6期（2015年から2017年）は5,514円となった（表1）。

介護保険料は、月額にすれば1万5,000円以上の年金受給者から年金天引きで徴収する仕組み（特別徴収）であり、おのずと保険料の引き上げには限界が

表1 第1号被保険者1人当たり月額保険料（全国平均）

	月額保険料（円）
第1期（2000～2002年度）	2,911
第2期（2003～2005年度）	3,293
第3期（2006～2008年度）	4,090
第4期（2009～2011年度）	4,160
第5期（2012～2014年度）	4,972
第6期（2015～2017年度）	5,514

資料出所）厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向  
2017／2018』2017年

ある。したがって現在の月額保険料もすでに徴収の限界にきていると言われている。

ついで、介護保険給付についてみよう。

介護保険制度で給付対象となるサービスは、居宅サービス、施設介護サービス、地域密着型サービスなどである。

居宅サービスについては、要介護度に応じて保険給付の上限額（区分支給限度基準額）が設定されている。サービスの利用限度額を超えた額は全額利用者の負担となる（表2）。

**表2 居宅サービスにおける区分支給限度基準額（2015年4月～）**

要介護認定	支給限度基準額
要支援1	5,003 単位
要支援2	10,473 単位
要介護1	16,692 単位
要介護2	19,616 単位
要介護3	26,931 単位
要介護4	30,806 単位
要介護5	36,065 単位

注）1単位：10～11.26円（地域やサービスにより異なる）

資料出所）厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向 2017／2018』2017年

## (2) 利用動向

65歳以上の第1号被保険者数は、制度創設当初の2000年には2,242万人であったが、2015年には3,382万人となっており、1.5倍に増加している。要介護と認定された者の数も、247万人であったものが607万人となり、こちらは2.5倍の増加となっている。

2015年の第1号被保険者の要介護認定者607万人のうち、前期高齢者（65

歳～75歳未満）は12.5%（76万人）、後期高齢者（75歳以上）は87.5%（531万人）で、9割近くを後期高齢者が占める。また、男性は30.4%（185万人）、女性は69.6%（422万人）で、要介護認定者の7割は女性である。

第1号被保険者のうち要介護と認定された者の比率（認定率）は、2000年の11.0%から2015年では17.9%に上昇している（表3）。また、2015年の要介護認定率をみると、前期高齢者の認定率は4.3%に過ぎないが、後期高齢者のそれは32.5%となっている。後期高齢者の認定率は高く、後期高齢者数の増加は要介護者数を増加させることになる。したがって、団塊の世代全員が後期高齢者となる2025年以降は、要介護者数が最大となる時期を迎えることになる。

**表3 第1号被保険者に占める認定者の割合**

	第1号被保険者数(千人)	認定者数(千人)	認定率
2000年	22,422	2,470	11.0%
2005年	25,878	4,175	16.1%
2010年	29,110	4,907	16.9%
2015年	33,816	6,068	17.9%

資料出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」各年

つぎに、介護保険サービスの受給者をみると、2002年には242万人であったが2015年には516万人となり、2.1倍に増加している。2015年の受給割合は79.8%で、要介護と認定された人の8割は介護保険サービスを利用している。要介護と認定されたにもかかわらず介護保険サービスを利用していない人も2割存在しているものの、2000年にスタートした介護保険制度は国民の間に定着していると評価できる（表4）。

サービス受給者数の増大に伴い、2000年度3.6兆円だった介護費用は2017年度には9.7兆円となり、2.7倍となった<sup>1)</sup>。高齢化がさらに進展し団塊の世代が後期高齢者となる2025年の介護費用は現在の2倍を超える約20兆円になる

表 4 認定者数・受給者数及び認定者数に占める受給者の割合（各年4月分）

	認定者数(千人)	受給者数(千人)	受給割合(%)
2002 年	3,035.3	2,419.2	79.7
2003 年	3,509.8	2,789.2	79.5
2004 年	3,939.2	3,139.0	79.7
2005 年	4,242.5	3,369.0	79.4
2006 年	4,559.8	3,547.5	77.8
2007 年	4,509.6	3,580.4	79.4
2008 年	4,637.1	3,688.8	79.5
2009 年	4,781.7	3,823.1	80.0
2010 年	4,967.2	3,989.0	80.3
2011 年	5,189.2	4,157.0	80.1
2012 年	5,436.6	4,387.8	80.7
2013 年	5,746.7	4,627.7	80.5
2014 年	5,982.9	4,834.3	80.5
2015 年	6,200.8	5,051.9	81.5
2016 年	6,349.2	5,172.4	81.5
2017 年	6,471.3	5,162.5	79.8

資料出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査の概況」各年

との見通しである<sup>12)</sup>。

また、居宅サービス受給者の平均利用率（平均給付単位数の支給限度基準額（単位）に対する割合）は、要介護1以上では年々上昇している。とくに、要介護5の利用者では、2002年の45.6%から2015年に65.4%へと約20%上昇しており、居宅サービスの利用が拡大している（表5・図1）。

しかし、要介護5の利用者の2016年4月における利用単位の分布（図2）をみると、3.6万単位以上がもっとも多いが、ある範囲に集中するのではなく幅広く分布している。比率をもとめてみると、1万単位未満の利用が17.6%である一方、限度に近い3.5万単位以上も16.7%となっている<sup>12)</sup>。居宅サービ



スの給付範囲の100%近くを利用する者と、あまり利用しない者とに分かれる。

介護保険サービスを利用しない理由はなにか。表2でみたように、要介護と認定を受けていても介護保険のサービスをまったく利用していない者も2割いる。これが経済的理由でなければよいが、この調査では明らかにされていない。そこで、他の調査でみてみよう。

2016年の「国民生活基礎調査」は、要介護者がいる世帯で介護保険制度によるサービスを利用していない2割の世帯にその理由をきいている。「家族介護でなんとかやっていける」が最も多く43.8%、ついで「介護が必要な者（本人）でなんとかやっていける」28.9%となる。あわせると本人や家族でなんとかやっていけるが72.7%となる。「利用者負担が払えない」（1.8%）はわずかで、介護保険サービスを利用しない理由には経済的理由は多くない。

ただし、これを要介護度の状況別にみると、要介護3までは、全体の傾向とかわらないが、要介護度4と5では、「入院していた」（35.9%、49.5%）がもっとも多くなり、要介護度の高い者のいる世帯と要介護度の低い者のいる世帯ではサービスを利用しない理由は異なっている。

この調査では、経済的理由を挙げる者は多くはない。しかし、ケアプラン作成の際には、介護サービスの必要度だけでなく経済的負担の大きさを含めた家族や本人の意向も反映される。したがって、図2のように介護保険サービスをまったく利用しないのではなく、家計や家族との折り合いをつけて利用単位を調節しているので、介護保険サービスを利用しない理由に経済的理由は多くは上がらないのではないだろうか。

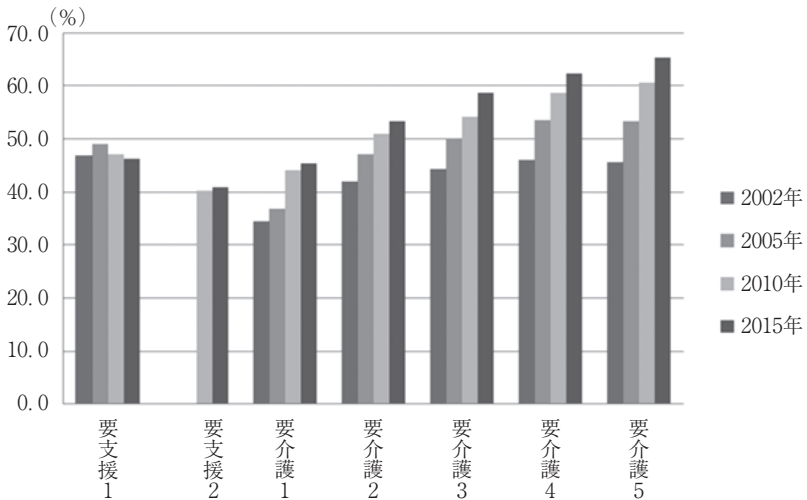
そうであるならば、所得の低い人ほど介護保険サービスの利用を控え、家族介護へ依存するしかなくなる。低所得や困難を抱えている高齢者が放置されないように配慮が必要である<sup>14)</sup>

表5 居宅サービス受給者の平均利用率

4月分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2002年	46.9		34.5	41.9	44.3	46.1	45.6
2005年	49.1		36.9	47.0	50.2	53.5	53.3
2010年	47.2	40.2	44.2	51.0	54.2	58.6	60.7
2015年	46.3	40.8	45.3	53.3	58.6	62.3	65.4

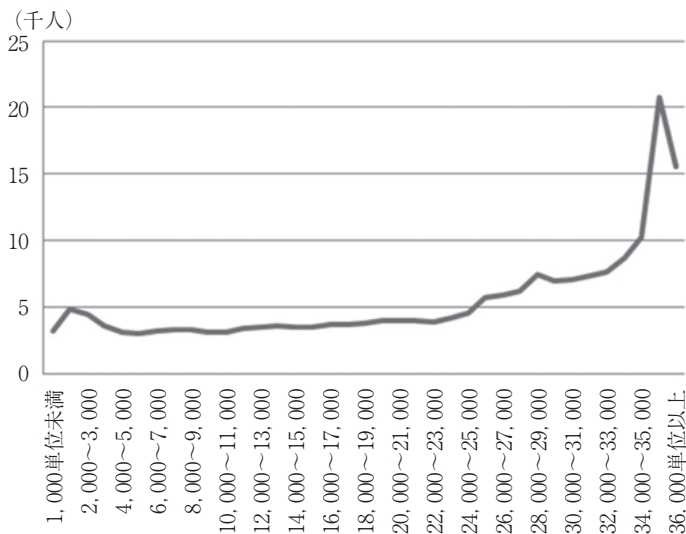
資料出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査の概況」各年

図1 居宅サービス受給者の平均利用率



資料出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査の概況」各年

図2 給付単位数別居宅サービス給付受給者数（要介護5）



資料出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査の概況」2016年

## 2 介護保険制度の改正

介護保険制度は3年ごとの介護報酬の改定があることや、市町村が3年を1期（2005年までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定することなどから、介護保険制度の改正は3年が1つのサイクルとなっている。

これまで介護保険制度の改正は、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年に行われた。その概要をみよう<sup>15)</sup>

### (1) 2005年の改正

介護保険法の附則において、法律の施行後5年を目途に、必要な見直しをすることとされていた。この規定に基づき行われた社会保障審議会介護保険部会での「介護保険制度見直しに関する意見」及び高齢者介護研究会報告書「2015

年の高齢者介護」等を基に、2005年の改正法案が作成された。

制度の見直しにあたって、「明るい活力ある超高齢社会の構築」、「制度の持続可能性」、「社会保障の総合化」、の3点が基本的な視点として挙げられた。

### 1) 介護予防重視型システムへの転換

この改正でもっとも重視されたのは介護予防であった。軽度者（要支援・要介護1）の大幅な増加や、軽度者の状態の維持・改善可能性を踏まえた介護予防重視の観点から、介護予防重視型システムへの転換を図るため、予防給付が創設された。

### 2) 施設給付の見直し

介護保険の利用者総数のうち施設サービス利用者は24%であったが、一方で保険給付額の半分の給付されている状況にあった。これを踏まえ、食費も住宅費も自己負担となる居宅と施設の利用者負担の公平性、介護保険と年金給付との調整の観点から、介護保険施設等における食費と居住（滞在）費が保険給付の対象外とされ、利用者が負担することとされた。

なお、低所得者に対しては、補足的な給付が保険から給付され、低所得者の負担軽減が図られることになった。

### 3) 新たなサービス体系の確立

認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加などを踏まえ、一人ひとりが住み慣れた地域での生活を継続できるようサービス体系を見直し、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、市町村が指定・監督を行う地域密着型サービスが創設された。

また、公正・中立な立場から、地域における介護予防ケアマネジメントや総合相談、権利擁護などを担う中核機関として、地域包括支援センターが創設された。

### 4) サービスの質の確保・向上

利用者が適切に介護サービスを選択することができるよう、すべての介護サービス事業者が介護サービスに関する情報の公表を義務づけた。また、指定事

業者は6年ごと、介護支援専門員は5年ごとの更新制が導入され、主任介護支援専門員資格が創設された。

### 5) 負担のあり方・制度運営の見直し

保険料設定については、これまでの第2段階に該当する幅が広すぎるなどの指摘を踏まえ、これまでの第2段階を新第2段階、新第3段階の2段階に分け、従来の5段階から6段階が基本とされた。また、保険料の特別徴収（年金からの天引き）の対象が、従来の老齢退職年金から遺族年金・障害年金にまで拡大された。

## (2) 2008年の改正

2007年に社会問題となっただけでなく、いわゆるコムスン問題（当時介護業界で最大の企業であった㈱コムスンが不正請求や虚偽の指定申請等を繰り返していた問題）等を受けて、改正は介護サービス事業者の不正事案を防止し、介護事業運営の適正化を図る観点から行われた。

### 1) 法令遵守等の業務管理体制の整備

介護事業者は、業務管理体制の整備を義務づけられるとともに、その内容を厚生労働大臣、都道府県知事または市町村長に届け出なければならないとされた。

### 2) 事業者本部等に対する立入検査権限の創設

不正行為への組織的な関与が疑われる場合、国、都道府県、市町村による事業者の本部への立入検査権が創設された。

### 3) 不正事業者の処分逃れ対策

事業者の処分逃れを防ぐために、事業所の廃止・休止届の提出は事前届出制に改められた。

### 4) 指定・更新時等の欠格事由の見直し

連座制の仕組みについて、適用の範囲などが決められた。

## 5) 廃止時のサービス確保対策

事業者に対して、事業廃止時の利用者へのサービス確保対策が義務づけられた。

### (3) 2011 年の改正

改正法は、高齢者が住み慣れた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、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めることをねらいとしている。

#### 1) 医療と介護の連携の強化等

##### ①地域包括ケアの推進

地域包括ケアを実現するためには、高齢者の日常生活圏域（30 分程度でかけつけられる圏域。中学校区を想定）において、医療、介護、予防、住まい、生活支援（見守り・配食・買い物など）という 5 つの視点での取り組みが、包括的（利用者のニーズに応じた、適切な組み合わせによるサービスの提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供）に行われることが必要であるとされた。

そこで、国と地方自治体は介護、予防、生活支援に関する施策、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ、包括的に推進するよう努めなければならないと定められた。

##### ②地域包括ケアを念頭においた介護保険事業計画の策定

市町村保険者においては、地域包括ケアを実現するため、第 5 期介護保険事業計画（2012～2014 年度）の策定にあたっては、日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題やニーズを的確に把握・分析することとされた。

##### ③24 時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスの創設

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、また、小規模多機能型サービスと訪問看護など複数の既

存の在宅サービスを組み合わせて提供する複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）が創設され、地域密着型サービスに位置づけられた。

#### ④介護予防・日常生活支援総合事業の創設

市町村の判断により、介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業が、地域支援事業の1つとして創設された。

#### ⑤介護療養型医療施設の転換期限の延長

2012年3月までに廃止するとされていた介護療養型医療施設について、老人保健施設等への転換期限を6年間、すなわち2018年3月までに延長された。さらに、2012年度以降、新設は認めないこととされた。

### 2) 保険者による主体的な取り組みの推進

保険者による主体的な取り組みを推進するため、地域密着型サービスの指定における公募制の導入や市町村独自の介護報酬の設定が可能とされた。

### 3) 保険料の上昇の緩和

第1号保険料の上昇の緩和のために、都道府県は2012年度に限り、財政安定化基金の一部を取り崩すことができるとされた。結果、第5期の第1号保険料の全国平均は、月額平均5,000円を超えることはなかった。

## (4) 2014年の改正

2012年に制定された社会保障改革推進法に基づき、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための法律」(社会保障改革プログラム法)が制定された。2014年の介護保険制度の見直しは、この社会保障改革プログラム法に規定された内容に基づくものであり、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)として成立した。

2014年の介護保険法における改正は、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化がねらいであった。

## 1) 地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするために、サービスの充実とサービスの重点化・効率化が図られた。

### ①サービスの充実

地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実が図られた。

### ②予防給付の見直し

予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、2017年度末までに、市町村が地域の実情に応じて多様な取り組みができる地域支援事業へ移行することとされた。

### ③特別養護老人ホーム入所者の重点化

新規入所者について、原則として、要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中程度の要介護者を支える施設としての機能の重点化が図られた。

## 2) 費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充する一方、保険料上昇をできる限り抑えるために、所得や資産のある人の利用者負担が見直された。

### ①低所得者の保険料軽減の拡充

今後の更なる高齢化にともない、介護費用の増加と保険料負担水準の上昇が避けられない中で、制度を持続的なものとするためには、低所得層も保険料を負担し続けることを可能にする必要がある。このため、現行の標準段階6段階から9段階への見直しに加え、公費を投入して低所得者の保険料軽減を行う仕組みが設けられた<sup>16)</sup>

### ②一定以上所得者の利用者負担の見直し

2000年の介護保険制度創設以来、所得に関わらず利用者負担は1割とされてきた。しかし、制度の持続可能性を高めるために、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代の過度な負担を避けるとともに、高齢者世代内での負担の公平化を図っていくために、一律1割に据え置いてきた利用者負担につい



て、相対的に負担能力のある一定以上の所得のある者の自己負担割合が2割とされた<sup>17)</sup>

また、医療保険の現役並み所得相当の人（課税所得145万円以上）は、高額介護（予防）サービス費が引き上げられた。

### ③施設利用者の補足給付の見直し

施設利用者の補足給付の制度について、預貯金等の資産を勘案するなどの見直しが行われた。

## (5) 2017年の制度改正

厚生労働省は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の確保の2点を基本とし、社会保障審議会介護保険部会の意見を踏まえ、2017年2月に、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会に提出した。法律は、2017年5月に国会で可決成立し、施行は2018年4月（ただし、2の①は同年8月）となった。

今回の改正の概要は以下の通りである。

### 1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

#### ①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みの推進

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化された。

#### ②医療・介護の連携の推進等

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、長期にわたり療養が必要な要介護者を対象とし、新たな介護保険施設として介護医療院が創設されることになった。従来の介護療養病床の経過措置期間はさらに2024年3月まで6年間延長された。

#### ③地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等

市町村は、地域住民と関係機関の相互の協力により、地域生活課題解決への支援が包括的に提供されるよう体制整備に努めることとされた。

また、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉に新たに共生型サービスが創設された。

## 2) 介護保険制度の持続可能性の確保

### ① 3割負担の導入

利用者負担2割の者のうちとくに所得の高い層(合計所得金額220万円以上)の負担割合が3割に引き上げられることになった。

### ② 介護納付金の総報酬割の導入

各医療保険者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間ではこれまで「加入者数に応じた負担」をしてきたが、これを「報酬額に比例した負担」(総報酬割)とすることとされた。

これまでの5度にわたる制度改正を検討してきた。これらの検討を通して、介護保険制度の方向性や課題が見い出せる。

まず第1に、介護保険制度の目的は、「地域包括ケアシステム」の構築である。「地域包括ケアシステム」は、2005年の改正で地域密着型サービスやそれらをマネジメントする地域包括支援センターの創設によって打ち出され、それ以降、システム実現に向けた取り組みが進められている。

第2に、介護サービスの充実・拡大である。

介護給付、介護予防給付の「ダブルメニュー化」が行われ、地域密着型サービスなどの新しいサービスも設けられた。介護サービスの種類の充実・拡大といえるが、一方で介護保険制度は著しく複雑化して、一般の市民にはとても理解できないものとなってしまった<sup>18)</sup>

第3に、そしてそれらの一部(介護予防の訪問介護・通所介護)は地域支援事業として市町村へ移された。介護予防の地域支援事業化である。

なお、2017年の介護保険部会では、経済財政諮問会議の経済・財政再生アクションプログラムで方向性が示唆されていたこともあって、さらに要介護1・2の軽度者に対する生活援助サービスについて、保険給付から地域支援事

業に移行することが議論された。しかし、要支援者に対する訪問介護の地域支援事業への移行が現在進行中（2015年度から2017年度にかけて実施）のため時期尚早ということで、2017年度の改正では見送られることとなった<sup>19)</sup>

第4に、介護保険制度の持続可能性を高めるための利用者負担に関する改正である。

利用者の負担に関しては、保険料の値上げだけでなく、利用者の自己負担にかかわる給付割合の変更も行われた。また、高額介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費（「補足給付」）による食費・居住費の負担軽減及び生活保護受給とならないための境界層措置などの負担軽減制度においても改正が進められている。費用負担に関しては、低所得対策の強化の一方で、利用者負担割合の引上げも行われており、方向性の評価は難しい。

### 3 介護保険制度における階層化

介護保険制度における費用負担のあり方は、制度の持続可能性の確保のための大きな課題である。ここでは、保険料及び利用者負担の検討を通して、介護保険制度における高齢者の階層化を指摘したい。取り上げるのは、保険料、利用者負担割合、高額介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費（「補足給付」）、境界層措置の5項目である。

#### (1) 保険料

高齢化の進行による要介護者の増加や住民の介護ニーズの増大から全国的に介護サービス量が増加する傾向にあり、これに伴い第1号被保険者1人当たりの月額保険料の全国平均の推移は表1でみたように、第1期の全国平均2,911円から、第6期の同5,514円と約1.89倍の伸びを示している。保険料は、高齢者の負担の限界をはるかに超えて上昇を続けており<sup>20)</sup> 今後も上昇が見込まれる介護保険料をどうするかは介護保険の最大の課題となっている<sup>21)</sup>

第1号被保険者の保険料は、能力に応じた負担を求める観点から、所得段階

別の保険料を設定し、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者の負担は所得に応じたものとなっている。2000年度は表6のように5段階であったが、その後、従来の第2段階が細分化されて6段階（2006年4月から）になり、さらに、2015年度からは表7のように9段階に細分化され、より被保険者の負担能力に応じた段階設定となった<sup>22)</sup>。2015年度以降は第5段階が市町村の平均的な保険料（基準額）であり、それより下の段階では軽減され、それより上の段階では加算される。

2014年の法改正により、「公費投入による低所得者の保険料軽減」がはじめて法制化された。第1号保険料について、給付費5割の公費とは別に公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化することが決まった。これは、公費と保険料の割合を5対5とした介護保険制度の原則を崩すものである。

介護保険法改正では第124条の2を新設し、「市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課に基づき第1号被保険者に係る保険料につき減額した額の総額を基礎として政令で定めるところにより算定した額を介護保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。」とした。

2015年4月に、第1弾として、市町村民税非課税世帯のうちとくに所得の低い者650万人（65歳以上全体の約2割に当たる）を対象に、現行の0.5から0.45に軽減した。

また、第2弾として、2017年4月に予定されていた消費税10%引き上げ時には、市町村民税非課税世帯全体1,130万人（65歳以上の3割）を対象として、第1段階0.3、第2段階0.5、第3段階0.7に軽減することとなっていたが、延期されている。

表6 保険料に関する基準（2000年度）

	対 象 者	保険料の設置方法
第1段階	・生活保護受給者等 1) ・市町村民税非課税 2) かつ老齢福祉年金受給者	基準額×0.5
第2段階	市町村民税非課税 2) 等 1)	基準額×0.75
第3段階	市町村民税本人非課税等 1)	基準額×1
第4段階	市町村民税本人課税等（被保険者本人の合計所得金額 250 万円未満）	基準額×1.25
第5段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額 250 万円以上）	基準額×1.5

注) 1) 「等」は、第2段階から第5段階の保険料を適用すれば、生活保護法上の保護が必要となる者であって、それより低い段階の保険料を適用することにより保護を必要としなくなる者

2) 市町村民税非課税：第1号被保険者の属する世帯の全員について、市町村民税が非課税

3) 各市町村の実情に応じ、各段階の基本額に対する割合を変更することや、市町村民税本人課税者を3段階に区分しての6段階による区分も可能

資料出所) 厚生統計協会『国民の福祉の動向 2000 年』2000 年

表7 保険料の算定に関する基準（2015年度～）

	対 象 者	保険料の設置方法
第1段階	生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	基準額×0.45(公費による低所得者軽減により、基準額×0.45に軽減) 1)
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	基準額×0.75
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入 120 万円超	基準額×0.75
第4段階	本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円以下	基準額×0.9
第5段階	本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等 80 万円超	基準額×1.0
第6段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	基準額×1.2
第7段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 190 万円未満	基準額×1.3
第8段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 190 万円以上 290 万円未満	基準額×1.5
第9段階	市町村民税課税かつ合計所得金額 290 万円以上	基準額×1.7

注) 具体的軽減額は 0.05 以内で市町村が条例で規定

資料出所) 厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向 2017/2018』2017 年

表 8・9 は 2000 年と 2015 年の所得段階別の第 1 号被保険者数とその比率を示したものである。

2000 年では基準額となる第 4 段階は 40.3% を占めるのに対して、2015 年には基準額となる第 5 段階は 12.6% となり、保険料の基準額を負担する者がきわめて少なくなっている。制度が想定する平均的な所得階層の高齢者の減少を示している。

2000 年と 2015 年の保険料の基準は段階区分が異なるため直接比較することは困難である。そこで、この間の変化を確認するために、基準額の所得段階を中心に上下の所得階層の第 1 号被保険者数の比率をグラフに示すと図 3 のようになる。2000 年では基準額適用の第 3 段階を中心に山型の分布となるが、2015 年になると基準額適用の第 5 段階が少なく上下層の比率が高い U 字型となる。

このように被保険者の保険料の算定基準に変更が加えられた結果、保険料における「基準額」の持つ意味が変質してきている。また、介護保険は導入にあたり高齢者の相応の年金水準と自己負担能力を想定していたが、<sup>23)</sup> 保険料算定基準の変更は、その発想の基礎が崩れてきていることを示している。<sup>24)</sup>

表 8 所得段階別第 1 号被保険者数 (2000 年)

所得段階	標準割合	被保険者数	比率
第 1 段階	四分の二	463,691	2.1%
第 2 段階	四分の三	6,784,103	30.3%
第 3 段階	四分の四	9,028,097	40.3%
第 4 段階	四分の五	3,904,954	17.4%
第 5 段階	四分の五	2,213,553	9.9%
第 6 段階	四分の六	22,660	0.1%
合 計		22,417,058	100.0%

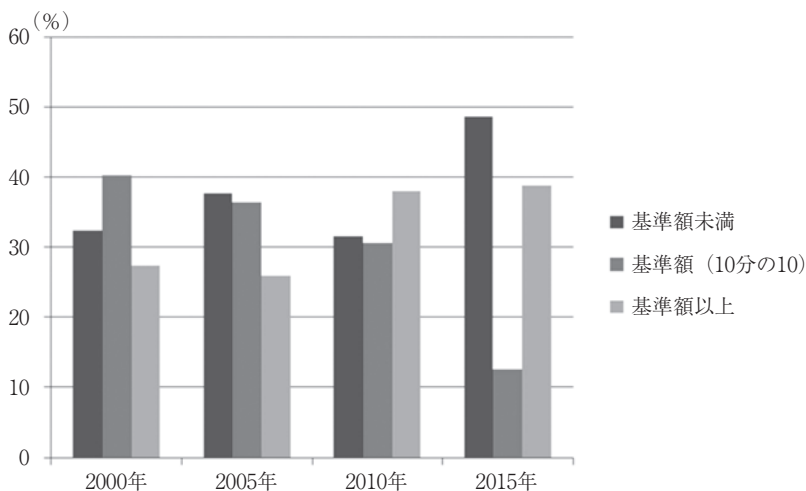
資料出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告 (年報)」  
2000 年

表9 所得段階別第1号被保険者数(2015年)

所得段階	標準割合	被保険者数	比率
第1段階	十分の五	6,294,791	18.6%
第2段階	十分の七・五	2,462,655	7.3%
第3段階	十分の七・五	2,362,136	7.0%
第4段階	十分の九	5,318,053	15.7%
第5段階	十分の十	4,257,488	12.6%
第6段階	十分の十二	4,401,832	13.0%
第7段階	十分の十三	3,944,058	11.7%
第8段階	十分の十五	2,409,089	7.1%
第9段階	十分の十七	2,362,606	7.0%
合 計		33,812,708	100.0%

資料出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」  
2015年

図3 第1号被保険者の保険料分布



資料出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」各年

## (2) 利用者負担割合

介護保険の給付に関しては、居宅介護サービス費、施設介護サービス費、地域密着型介護サービス費のいずれも、原則として給付は9割として発足した。しかし、2014年の介護保険法の改正により、2015年8月から、合計所得金額160万円（単身で年金収入のみの場合280万円）以上の者については、給付は8割とされ、その場合、利用者の負担は費用の2割となった。ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、年金収入とその他の合計が、単身で280万円未満、2人以上の世帯で346万円未満の場合は9割給付（利用者負担は1割）に戻る。2割負担となる被保険者の所得水準は上位20%に該当する。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定しても実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者のうちの15%、特別養護老人ホーム入所者の5%程度と推計されている<sup>25)</sup>

さらに、2017年の法改正により、2018年8月からは、8割給付（2割負担）の者のうち「特に所得の高い者」<sup>26)</sup>の負担割合は7割給付（3割負担）となる。対象者数は12万人で、要介護認定者の3%にあたとされている。

したがって、今後は、利用者の自己負担割合が表10のように1割、2割、3割の高齢者が存在することになる。この改正について伊藤周平は、介護保険の利用者負担を将来的には、医療保険にあわせて2割負担（現役並み所得者は3割負担）にするための布石と見ている<sup>27)</sup>

表 10 利用者負担割合（2018年8月～）

対 象 者	負担割合
一般世帯の者	1割負担
一定以上の所得のある者（本人の合計所得金額160万円以上）	2割負担
特に所得の高い者（合計所得金額220万円以上かつ年金収入 +その他合計金額340万円以上）	3割負担

資料出所）厚生労働省「平成29年（2017年）介護保険法改正」2017年



2015年度の第1号被保険者の2割負担対象者は58万人であった。要介護認定を受けた第1号被保険者606.8万人に占める比率は9.6%となる。2割負担の対象となる要介護者の比率は被保険者の場合の半分程度と少なく、要介護者は被保険者より低所得であることがわかる。

また、性別にみると、男性75.0%、女性25.5%で、2割負担対象者の女性の比率は全体のわずか4分の1にすぎず、一定以上の所得のある女性高齢者が少ないことを示している。さらに、要介護認定者に対する2割負担対象者比率をもとめてみると、男性高齢者は23.7%と要介護認定者4分の1近くが2割負担対象者であるが、女性高齢者の場合は3.5%となる。要介護者の7割を占める女性高齢者は、男性高齢者に比べて一定以上の所得のある者が少なく、相対的に低所得である（表11）。

また、介護施設サービスの利用者について、2割負担対象者の比率をみると2.96%となり、要介護者全体に比べるとかなり少ない。また、それぞれの2割負担対象者の比率をみると、介護老人福祉施設2.35%、介護保健施設3.64%、介護療養型医療施設3.97%となっており、介護老人福祉施設がもっとも低く、介護療養型医療施設利用者でもっとも高い。施設による利用者の所得階層の相違が見て取れる（表12）。

表11 第1号被保険者の2割負担対象者

	要介護認定者数（人）	2割負担対象者（人）		要介護認定者に対する2割負担対象者の比率
			百分率	
男性	1,845,790	437,862	75.0%	23.7%
女性	4,222,618	145,741	25.0%	3.5%
計	6,068,408	583,603	100.0%	9.6%

資料出所）厚生労働省「平成27年度介護保険事業状況報告（年報）」2015年

表 12 施設介護サービス受給者数及び第 1 号被保険者の 2 割負担対象者（当年度累計）

施設の種類	受給者数	2 割負担者数	2 割負担者の比率
介護老人福祉施設	6,022,513	141,823（44.4%）	2.35%
介護保健施設	4,113,924	149,778（46.9%）	3.64%
介護療養型医療施設	703,583	27,944（8.7%）	3.97%
計	10,804,198	319,545（100.0%）	2.96%

資料出所）厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告（年報）」2015 年

### (3) 高額介護（予防）サービス費

居宅介護サービス、施設介護サービスのいずれについても、利用者負担が高額になる場合には負担の上限が設けられ、それを超えると高額介護（予防）サービス費が支給されている。その支給基準は、これまで制度創設時の医療保険の高額療養費に合わせて、一般には月額 37,200 円に設定され、低所得の場合はそれよりも低い額が設定されていた。

2015 年 8 月から医療保険の現役並み所得に相当する人がいる世帯に限定して、すでに引き上げられている医療保険の限度額と同額の 44,400 円となった<sup>28)</sup>（表 13）。

さらに、2017 年 8 月から第 4 段階の月額上限額が 37,200 円から 44,400 円に引き上げられた。このため第 4 段階と第 5 段階の月額上限は同額の 44,400 円となった。

また、2008 年 4 月から医療と介護の利用者負担を軽減する措置として、高額医療・高額介護（予防）合算療養費制度が施行された。これは、各医療保険における世帯内で、1 年間（毎年 8 月 1 日～翌年 7 月 31 日）の医療と介護両制度の自己負担の合計が著しく高額となった場合に、一定の上限額を著しく超える部分について、給付を行う制度である<sup>29)</sup>。

表 13 高額介護（予防）サービス費（2015 年 8 月～2017 年 7 月）

所得段階	所 得 区 分	上 限 額
第 1 段階	①生活保護の被保護者 ②15,000 円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人 15,000 円 ②世帯 15,000 円 ③世帯 24,600 円 個人 15,000 円
第 2 段階	○市町村民税世帯非課税で「公的年金等収入金額＋合計所得金額」が 80 万円以下である場合	世帯 24,600 円 個人 15,000 円
第 3 段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600 円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯 24,600 円
第 4 段階	○第 1～3 段階及び第 5 段階に該当しない者	世帯 37,200 円
第 5 段階	○世帯内の第 1 号被保険者の課税所得が 145 万円以上であり、かつ、世帯内の第 1 号被保険者の収入が合計 520 万円（第 1 号被保険者が 1 人のみの場合は 383 万円）以上である場合	世帯 44,400 円

資料出所）厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015 年

高額介護（予防）サービス費の対象となったのは、2015 年の 9 月末から 2016 年の 3 月までの半年間で 1,079.6 万件で、1 月当たりでは 179.9 万件となる。2015 年度の 1 月当たりの介護給付支給件数は第 1 号と第 2 号の被保険者あわせて 1,292.7 万件であったので、高額介護（予防）サービス費の給付者は被保険者全体の 13.9%となる。

表 14 高額介護（予防）サービス費一件数（平成 27 年 9 月支出決定分から平成 28 年 3 月支出決定分）

	世帯合算	その他	計
利用者負担第一段階	7,121	1,153,468	1,160,589
利用者負担第二段階	239,466	5,855,366	6,094,832
利用者負担第三段階	344,689	1,672,254	2,016,943
利用者負担第四段階	636,466	648,592	1,285,058
利用者負担第五段階	75,009	163,100	238,109
合 計	1,302,751	9,492,780	10,795,531

資料出所）厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告（年報）」2015 年

#### (4) 特定入所者介護（予防）サービス費（「補足給付」）

2005 年から、特別養護老人ホーム等の費用のうち、食費と居住費が保険給付の対象外とされ、利用者の自己負担とされた。これまでの給付において、施設サービスの給付額や自己負担額において公平性を欠くものとなっていたため、施設介護の介護報酬は「介護」に純化し、居住と食事に関する費用を対象から外し、負担の公平化が図られた。対象外となったのは、介護保険施設における食費・居住費、短期入所サービスにおける食費・滞在費、通所系サービスにおける食費である。

なお、市町村民税非課税等の低所得者に対しては、申請に基づき、決められた負担限度額と食費・居住費の平均的な費用（基準費用額）との差額が補足的な給付（「補足給付」）として、保険から給付されることにより、低所得者の負担軽減が図られることとなった。

2014 年、施設利用者の補足給付の制度について、預貯金等の資産を勘案するなどの要件の見直しが行われた。厚生労働省は、この制度は本来の給付と異なった「福祉的な性格や経過的な性格」をもっており、食費や居住費を負担して在宅で生活する者との公平性を図る必要があること、預貯金等を保有し負担能力が高いにもかかわらず、保険料を財源とした補足給付が行われる不公平を是正する必要があるといった観点から、資産を勘案する等の見直しを行ったとしている<sup>30)</sup>。

それらの要件は、①預貯金等（2015 年 8 月施行）、②配偶者の所得（2015 年 8 月施行）、③非課税年金収入（2016 年 8 月施行）である。

①は、一定額を超える預貯金等（単身では 1,000 万円超、夫婦世帯では 2,000 万円超）がある場合には、対象外となる。基本的に本人の申告で判定し、必要に応じて金融機関へ照会し、不正受給に対してはペナルティ（加算金）を課す<sup>31)</sup>。

②については、施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外とする。

現在は、利用者が世帯分離をした場合には世帯分離前の状況に関わらず本人が住民税非課税であれば、特定入所者介護（予防）サービス費の対象となるが、配偶者については民法上他の親族の扶養義務より強い生活保持義務があると解されていることから、世帯分離されていたとしてもその所得を勘案することとされた<sup>32)</sup>。

③については、補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害者年金）も勘案することとされた。

以上のように、補足給付の資産等の要件が厳格化された。補足給付を申請するためには、貯金通帳等のコピーや金融機関調査の同意書なども提出しなければならない。これらの要件は、生活保護申請時の資力調査を彷彿させる。

補足給付は低所得者の食費・居住費の負担軽減の仕組みで、食費・居住費について、利用者負担第1段階～第3段階の者を対象に、所得に応じた負担限度額を設定し、標準的な費用の額（基準費用額）と負担額との差額を介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付する制度である（表15）。

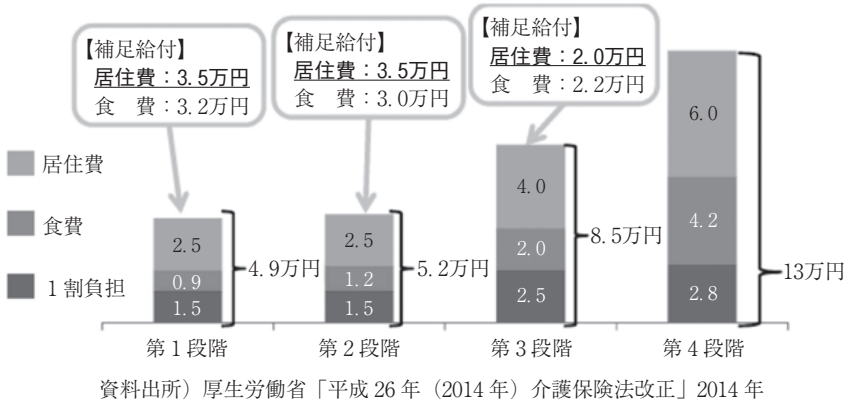
たとえば、第1段階の利用者の場合で食費・居住費をみると、通常10.2万円の食費・居住費がかかる施設であれば、居住費3.5万、食費3.2万円の補足給付を受け、自己負担は住居費2.5万円、食費0.9万円の計3.4万円となる（図4）。

表15 負担軽減の対象となる低所得者

負担軽減の対象となる低所得者	利用者負担段階	対象者の例
	第1段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者</li> <li>生活保護受給者</li> </ul>
	第2段階	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方
	第3段階	市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外の方
	第4段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村民税本人非課税者</li> <li>市町村民税本人課税者</li> </ul>

資料出所）厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015年

図4 現在の補足給付と施設利用者負担（ユニット型個室の例）



2015年に食費の補足給付を受けているのは95.4万人、居住費のそれも95.4万人であった。補足給付の対象者には、施設入所者のほかに在宅生活を続けながら短期入所（ショートステイ）を利用する人々も含む。

要介護認定者数（606.8万人）に占める比率をそれぞれとめてみると、食費も居住費も15.7%となる。その多く（約65%）は第2段階（市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額+合計所得額が80万円以下）の被保険者である（表16）。

補足給付は、施設介護サービスの利用者に適用されるので、各介護保険施設の利用者についてどのくらいの利用者に適用されているかをみよう。

食費及び居住費の負担軽減適用を受けている利用者数は表17のようにほぼ同数であるので、補足給付の適用者としてみると、それぞれの施設の利用者に占める適用者の比率は、介護老人福祉施設59.5%、介護老人保健施設42.4%、介護療養型医療施設41.2%となる。どの施設も4割を超えており、補足給付の適用率は高い。とくに介護老人福祉施設の場合は6割近くを占めており、施設利用費を負担できない高齢者の多いことがわかる。

表 16 食費・居住費に係る負担限度額認定者数（年度末現在）

		食 費		居住費	
合 計	第 1 号被保険者	954, 125	100. 0%	954, 251	100. 0%
第一段階	第 1 号被保険者	76, 279	8. 0%	76, 896	8. 1%
第二段階	第 1 号被保険者	617, 920	64. 8%	617, 512	64. 7%
第三段階	第 1 号被保険者	259, 926	27. 2%	259, 843	27. 2%

資料出所) 厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告（年報）」2015 年

表 17 介護保険施設利用者の補足給付

	利用者数 (千人)		食 費 (人)		居住費 (人)	
介護老人福祉施設	501. 8	(100. 0%)	298, 782	(59. 5%)	298, 838	(59. 5%)
介護老人保健施設	342. 8	(100. 0%)	145, 538	(42. 4%)	145, 556	(42. 4%)
介護療養型医療施設	58. 7	(100. 0%)	24, 235	(41. 2%)	24, 242	(41. 2%)

資料出所) 厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告（年報）」2015 年

## (5) 境界層措置

介護保険制度の導入に当たり、生活保護受給者も介護保険に加入し被保険者になることとなった。介護保険料と介護加算の支給で生活保護受給者も介護保険サービスを利用できるようになった。

加えて、介護保険制度においては、保険料、介護保険給付、食費・居住費等の負担により生活保護受給となる場合には、「境界層措置」として給付の減額等が適用されることとなっている。

この措置は 2000 年から適用されていたが、改めて、2005 年に、厚生労働省老健局介護保険計画課長通知「境界層措置の運用の詳細について」と、併せて同省社会・援護局保護課長通知「境界層該当者の取扱いについて」が出された。

介護保険制度においては、以下の①から⑤までに関し、本来適用されるべき基準等を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準等を適用すれば生活保護を必要としない状態となるものについては、より低い基準等を適

用することとしている。当該措置を「境界層措置」という。そして、①から⑤までに関しては、①から⑤の順に適用することとされている。

福祉事務所長は、生活保護の申請を行った被保険者等に対し、必要な境界層措置の証明を行うこととされているので、保険者は、①から⑤の順（具体的には福祉事務所長が公布した証明書等に記載されることとなる。）に、「境界層措置」を講ずることとなる。

「境界層措置」は以下の通りである。

①給付額減額等の記載（介護保険法第 69 条第 1 項に規定する給付額減額等の記載をいう。）を行わないこととする。

②居住費の負担限度額若しくは滞在費の負担限度額又は居住費の特定負担限度額の規定に基づき、より低い居住費等の負担額または居住費の特定負担限度額を適用することとする。

③食費の負担限度額又は食費の特定負担限度額の規定に基づき、より低い食費の負担額又は食費の特定負担限度額を適用することとする。

④高額介護サービス費に係る負担上限額又は高額介護予防サービス費に係る負担の上限額の規定に基づき、より低い上限額（1 月につき 24,600 円または 15,000 円）を適用することとする。

⑤保険料額について、より低い標準割合または市町村が条例で定めた割合を適用することとする<sup>33)</sup>

「境界層措置」とは、具体的には、2000 年の保険料の基準（表 6）の注に記載されている、「第 2 段階から第 5 段階保険料を適用すれば、生活保護法上の保護が必要となる者であって、それより低い段階の保険料を適用することにより保護を必要としなくなる者の場合」、高額介護（予防）サービス費（表 13）の減額により生活保護の被保護者とならない場合、そして特定介護（予防）サービス費（「補足給付」）の適用により被保護者とならない場合、などである。

厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」によれば、2015 年度の第 1 号被保険者の減額認定は 756 人、免除認定は 15,978 人である。



## (6) 費用負担の階層化

以上、費用負担に関する5つの項目を検討してきた。介護保険制度では、所得の状況に応じて保険料や利用者負担額等を負担する仕組みとなっており、低所得者等に該当するか否かについては、地方税法上（第292条第1項第12号）の「合計所得金額」（収入から必要経費等を控除した額）を指標として用い、判定している<sup>34)</sup>。

年金制度の成熟化による給付額の上昇により、高齢者の家計にはゆとりがあるとされ、現役世代との均衡の必要性から、介護保険の費用負担の引上げが行われてきた。

しかし、これまでの検討を一覧表に示すと表18のようになる。高額介護（予防）サービス費だけでなく、特定入所者介護（予防）サービス費（「補足給付」）や境界層措置などの減額制度が設けられ、また下位3割に相当するとされる低所得高齢者の保険料についてさらに減額を行う改正が予定されている。これらの多くが非課税世帯にむけた制度である。

こうした一連の措置の必要性は、介護保険がもたらす中流階層化が低所得層の者には重い負担となっていることを示している。

表 18 保険料及び利用者負担基準

	保険料		利用者 負担割合	高額介護 (予防) サービス費	特定入所者 介護(予防) サービス費	境界層 措置
	所得階層	基準				
世帯全員 市町村民税 非課税	第 1 段階	生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	1 割	第 1 段階	第 1 段階	
	第 2 段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下		第 2 段階	第 2 段階	
	第 3 段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入120万円超		第 3 段階	第 3 段階	
	第 4 段階	本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等80万円以下		第 4 段階	第 4 段階	
本人 市町村民税 非課税 世帯に課税 者がいる	第 5 段階	本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）かつ本人年金収入等80万円超	2 割 本人合計所得 160万円以上 3 割 本人合計所得 220万円以上			
	第 6 段階	市町村民税課税かつ合計所得金額120万円未満				
本人 市町村民税 課税	第 7 段階	市町村民税課税かつ合計所得金額120万円以上190万円未満				
	第 8 段階	市町村民税課税かつ合計所得金額190万円以上290万円未満				
	第 9 段階	市町村民税課税かつ合計所得金額290万円以上				

## お わ り に

介護保険について、「制度」としては、ごく短命あるいは「過渡的」制度に終わるであろうとの指摘もあった<sup>35)</sup>が、今年ですでに18年が経過しようとしている。この間介護保険制度は5度の改正が行われた。それらの制度改正の検討の中で指摘してきた問題点や課題をここでまとめておきたい。

①介護保険制度の発足以降、サービスの利用は拡大・定着した。要介護（支援）と認定された者は607万人を超え、その9割は後期高齢者で、女性が7割を占める。要介護（支援）者の8割はサービスを利用している。また、居宅サービスの平均利用率も年々高くなっており、介護保険制度は定着してきている

といえよう。しかし、居宅サービスの利用額は支給限度額の6割でしかなく、また、利用量にも差が見られる。

②介護保険制度は、2005年以降「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを行うという方向性が明らかになってきた。そして、その実現のためにサービスの種類も拡大されてきている。

③一方で、給付を縮小し、サービスを介護中心に組み替え、介護に特化する方向も見える。たとえば、要支援者（軽度者）の訪問介護・通所介護を市町村の地域支援事業へと移行し、住居費・食費を介護保険給付の対象外とする改正などである<sup>36)</sup>。これらは、保険料の用途の純化を図るものといえよう。

④保険料と費用負担に関わるものでは、まず、保険料に投入される公費は50%とされていたが、2014年に法改正し、低所得者の保険料軽減のために必要な費用を50%とは別に公費を投入することが決まった。介護保険制度の出発点の原則を変えるものである。

⑤保険料だけでなく利用者負担の軽減のために、高額介護（予防）サービス費や特定入所者生活介護（予防）サービス費（「補足給付」）、境界層措置などが設けられている。これらは市町村民税非課税世帯を対象とする減額制度である。こうした一連の軽減措置の必要性は、介護保険制度がもたらす中流階層化が低所得層の者には重い負担となっていることを示すものである。

⑥施設入所者の住居費・食費は保険対象外としながら、特定入所者生活介護（予防）費による減額の費用は保険料財源から投入されている。低所得者への軽減措置は必要であるが、介護保険料が住居費や食費を補填しているのである。これは、福祉の対処といえるものである。

⑦この他にも福祉の対処といえるものがある。たとえば、住居費・食費の減額は「補足給付」と呼ばれ、その要件には資産や扶養義務者への言及もある。「補足給付」という用語はイギリスのかつての公的扶助制度の名称である。そして、支給要件はまさに生活保護申請に準ずるような基準である<sup>37)</sup>。社会保険制度であるにもかかわらず福祉制度と同じ発想が見て取れる。介護保険制度は

福祉的対処を過分に含む制度である。

⑧最後に、介護保険制度の課題を指摘しておこう。介護保険制度は、創設以来介護に関わるさまざまな課題を制度内に取り込み、その解決にあたってきた。一方で、既存の老人福祉制度などは縮小されてきた。その結果、介護保険制度の中に低所得層のための保険料や利用者負担の軽減制度が多数設けられ、福祉的対処が拡大している。しかし、こうした制度内の改正も限界に来ている。したがって、今後は介護問題のすべてを介護保険制度の中だけで解決しようとするのは、決して最良の方法ではないことも考えておく必要がある。

#### 注

- 1) 厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015年
- 2) 藤村正之「福祉国家・中流階層・福祉社会」『社会学評論』49-3 1998年 pp. 352-371
- 3) 星野信也『「選別的普遍主義」の可能性』海声社2000年 p. 306
- 4) 厚生労働省「介護保険制度の現状と今後の役割」2015年
- 5) 杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子ほか「介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因」『日本公衆衛生雑誌』49-5 2002年 pp. 425-436
- 6) 和気純子・浅井正行・和気康太ほか「介護保険制度施行5年後の高齢者の介護サービス認知と利用意向：全国調査（2005年）のデータ分析を通して」『厚生の指標』54-15 2007年 pp. 1-8
- 7) 佐藤俊樹『不平等社会日本－さようなら総中流』中央公論新社2000年、橋本俊詔『格差社会－何が問題なのか』岩波書店2006年
- 8) 唐鎌直義「増え続ける貧困高齢者－その原因とメカニズム」稲葉剛他『ここまで進んだ！格差と貧困』新日本出版2016年 pp. 57-78
- 9) 阿部彩「相対的貧困率の動向：2006, 2009, 2012年」貧困統計ホームページ2014年
- 10) 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」によれば、2015年の保険料収納状況（収納額）は、特別徴収90.7%、普通徴収9.3%である。
- 11) 厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向2017/2018』2017年 p. 165
- 12) 厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015年
- 13) 地域によっても異なるが、およそ1万単位は1万円、3.5万単位は3.5万円に相当する。
- 14) 生活保護受給者は介護扶助によって自己負担が発生しないため、高水準の利用量となっている（斉藤雅茂・藤田欽也・平野隆之・奥田佑子「保険料段階による在宅介護サービス費用の経時変化－特定自治体における2年間の介護給付実績情報より」『季刊社会保障研究』47-3 2011年 pp. 293-303）。同様の指摘（山田篤裕「居宅介護サービスの公平性－『国

- 民生活基礎調査（平成13年）』介護票に基づく分析』『季刊社会保障研究』40-3 2004年 pp. 224-235）もある。
- 15) 厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向2017/2018』2017年 pp. 165-170, pp. 25-27, 厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015年
- 16) 現行の標準段階（第5期）では、世帯非課税約33%、世帯課税・本人非課税約30%、本人課税約37%と推計されている（厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料①」2014年7月28日）。
- 17) 利用者負担割合を示す証明書は認定者全員に交付される。2割負担となるのは65歳以上の被保険者のうちの上位20%に相当する基準とされている（厚生労働省老健局、同上）。
- 18) 堤修三『介護保険の意味論－制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規出版2010年 p. 121
- 19) 厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向2017/2018』2017年 p. 24
- 20) 保険料は、2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれている（厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2015年）。
- 21) なお、保険料の未収納対策としては、滞納への給付制限が設けられている。これまでは3割負担であったが、2017年改正により4割負担となった（厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料」2017年7月3日）。
- 22) 保険料段階の基準は、年金収入の場合の住民税非課税は155万円、合計所得金額＝年金収入－公的年金等控除（基本的に120万円）とされている（厚生労働省「平成26年（2014年）介護保険法改正」）。
- 23) 大野吉輝「高齢者の負担能力と利用者負担－公私の役割分担の視点から」『季刊社会保障研究』32-3 1996年 pp. 240-249
- 24) 伊藤周平は「介護保険」として社会保険方式を維持するのであれば介護保険料を所得に応じた定率負担にするなどの抜本的改革が必要としている（伊藤周平「介護保険制度の動向と課題－介護保険方式から税方式による介護保障へ」『賃金と社会保障』No. 1671 2016年12月上旬号 pp. 4-14）。
- 25) 厚生労働省「平成26年（2014年）介護保険法改正」2014年
- 26) 「特に所得の高い者」とは、「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）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。夫婦世帯の場合463万円以上）」とする、とされている。具体的な基準は政令で規定されることになっている。
- 27) 伊藤周平「障害者総合支援法・介護保険法の改正と社会福祉法制の課題」『賃金と社会保障』No. 1684 2017年6月下旬号 pp. 4-12
- 28) 現役並み所得の所得基準については、課税所得の基準は高齢者医療と同様に145万円となっている（厚生労働省老健局「全国介護保険担当者課長会議資料①」2014年7月28日）。
- 29) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」によると、2015年に合算の適用を受けたのは89

万件であった。

- 30) 厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料①」2014年7月28日
- 31) 申請書に、預貯金等の金融機関への照会について本人及び配偶者の同意記入欄を設けている（厚生労働省老健局，同上）。
- 32) 配偶者の有無を確認する必要がある場合は，必要に応じて戸籍の照会を実施する（厚生労働省老健局，同上）。
- 33) 厚生労働省老健局介護保険計画課長「『境界層措置の運用の詳細について』の一部改正について」『介護保険最新情報』599号2017年8月10日
- 34) 田中聡一郎は，世帯主年齢65歳以上の非課税世帯率は現役世代の非課税世帯率を大幅に上まわるものであることから，現行の税制のまま，市町村民税非課税世帯を低所得者対策に用いることは高齢者に便益を集中させる恐れがあるとしている（田中聡一郎「市町村民税非課税世帯の推計と低所得者対策」『三田学会雑誌』105-4 2013年 pp.577-600）。
- 35) 二本立『介護保険と医療保険改革』勁草書房2000年 pp.12-14
- 36) 介護保険の創設実施に携わった堤修三は，「保険料の引き上げが容易ではなく，その天井も低いとなれば，増えつづける給付費をいかに抑制するかが介護保険の宿命のようになる」とし，介護保険を積んであった砂袋を落とし続けなければならない「熱気球」にたとえている（堤，前掲書，p.98）。
- 37) また，保険料の所得段階の設定も，老人福祉法におけるホームヘルパー利用料負担や特別養護老人ホームの扶養義務者費用徴収の方式に似ている（社会福祉振興・試験センター『社会保障の手引き』1999年）。

## 参 考 文 献

- 阿部彩「相対的貧困率の動向：2006，2009，2012年」貧困統計ホームページ2014年
- 伊藤周平「介護保険制度の動向と課題－介護保険方式から税方式による介護保障へ」『賃金と社会保障』No.1671 2016年12月上旬号 pp.4-14
- 伊藤周平「障害者総合支援法・介護保険法の改正と社会福祉法制の課題」『賃金と社会保障』No.1684 2017年6月下旬号 pp.4-12
- 大野吉輝「高齢者の負担能力と利用者負担－公私の役割分担の視点から」『季刊社会保障研究』32-3 1996年 pp.240-249
- 介護保険白書編集委員会『介護保険白書－施行15年の検証と2025年への展望』本の泉社2015年
- 唐鎌直義「増え続ける貧困高齢者－その原因とメカニズム」稲葉剛他『ここまで進んだ！格差と貧困』新日本出版2016年 pp.57-78
- 日下部雅喜「医療・介護総合確保法と介護保険」介護保険白書編集委員会『介護保険白書－施行15年の検証と2025年への展望』本の泉社2015年 pp.32-42
- 厚生統計協会『国民の福祉の動向』2000年

厚生統計協会『国民の福祉の動向』2006年

厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向 2017/2018』2017年

斉藤雅茂・藤田欽也・平野隆之・奥田佑子「保険料段階による在宅介護サービス費用の経時変化－特定自治体における2年間の介護給付実績情報より」『季刊社会保障研究』47-3 2011年 pp. 293-303

佐藤俊樹『不平等社会日本－さようなら総中流』中央公論新社 2000年

芝田英明「『我が事・丸ごと』がうたう『地域共生社会』に潜む社会保障解体のゆくえ～医療介護改革の本質を読み解く」『賃金と社会保障』No. 1680 2017年4月下旬号 pp. 38-50  
社会福祉振興・試験センター『社会保障の手引き』1999年

杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子ほか「介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因」『日本公衆衛生雑誌』49-5 2002年 pp. 425-436

鈴木亘「介護保険施行15年の経験と展望：福祉回帰か、市場原理の徹底か」経済産業研究所『RIETI Highlight』65 2017年 pp. 38-41

橋本俊詔『格差社会－何が問題なのか』岩波書店 2006年

田中聡一郎「市町村民税非課税世帯の推計と低所得者対策」『三田学会雑誌』105-4 2013年 pp. 577-600

堤修三『介護保険の意味論－制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規出版 2010年

二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房 2000年

平岡公一「介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編－論点整理と分析視角の提示」『社会学評論』49-3 1998年 pp. 389-406

藤村正之「福祉国家・中流階層・福祉社会」『社会学評論』49-3 1998年 pp. 352-371

星野信也「福祉国家中流階層化の矛盾」『週刊社会保障』No. 1535 1989年 pp. 22-25

星野信也『「選別的普遍主義」の可能性』海声社 2000年

水野博達『介護保険と階層化・格差化する高齢者－人は生きてきたようにしか死ねないのか』明石書店 2015年

山田篤裕「居宅介護サービスの公平性－『国民生活基礎調査（平成13年）』介護票に基づく分析」『季刊社会保障研究』40-3 2004年 pp. 224-235

和気純子・浅井正行・和気康太ほか「介護保険制度施行5年後の高齢者の介護サービス認知と利用意向：全国調査（2005年）のデータ分析を通して」『厚生の指標』54-15 2007年 pp. 1-8