

2024年の介護保険制度 「給付と負担」① 第1号介護保険料と利用者負担

年末まで検討予定の第1号介護保険料と利用者負担

2024年度の介護保険制度の見直しについて、2022年12月20日、[社会保障審議会介護保険部会](#)（菊池馨実・部会長 以下、部会）が『[介護保険制度の見直しに関する意見](#)』をまとめました。

意見は大量にありますが、加入者（被保険者）に経済的な影響を与えるのは、第1号介護保険料（以下、保険料）と利用者負担割合（以下、利用料）の引き上げです。

部会の『意見』では「Ⅱ-2. 給付と負担」に、「高齢者の負担能力に応じた負担の見直し」として、①保険料負担の在り方、②「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準とふたつの項目があります。

なお、③「補足給付」は、[社会保障審議会介護給付費分科会](#)（田辺国昭・分科会長）で年末までに結論を出すことが予定されています。

介護保険部会「意見」の「給付と負担」

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保 | |
| 2. 給付と負担 | |
| (1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し | |
| ① | 1号保険料負担の在り方 |
| ② | 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準 |
| ③ | 補足給付に関する給付の在り方 |
| (2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し | |
| ④ | 多床室の室料負担 |
| ⑤ | ケアマネジメントに関する給付の在り方 |
| ⑥ | 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方 |
| (3) 被保険者・受給者範囲 | |

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公表）「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」「2. 給付と負担」より抜粋作成（①～⑥の番号は筆者添付）

①の65歳以上が払う「1号保険料」では、負担段階に応じた乗率の見直しで、高所得者の保険料を引き上げ、低所得者は引き下げることが検討されています。

②では、利用料の負担割合について、現行の「一定以上所得者」（2割負担）と「現役並み所得者」（3割負担）の対象範囲を見直すことがテーマです。なかでも「一定以上所得者」の対象を広げるかどうか、つまり、1割負担から2割負担に、つまり2倍の利用料にできる人を増やせないかという議論がおこなわれています。

この2項目は、「第9期計画に向けて結論」を得るとして2023年夏まで継続審議になっていました。厚生労働省は「10月は夏とは言わない」としていたので、遅くとも9月末までと考えられていました。しかし、2023年6月16日に『骨太方針2023』（[経済財政運営と改革の基本方針2023「加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」](#)）が「年末までに結論を得る」と閣議決定したため、今年12月末まで結論が延ばされました。

7月10日に開かれた第107回の部会では『骨太方針2023』の報告とともに、[資料2「給付と負担について」](#)が公表されました。

第1号介護保険料は所得に応じて負担段階がある

介護保険制度の会計期間は3年1期で、2023年は第8期（2021～2023年度）の3年目です。

2022年度の第1号被保険者（65歳以上の高齢者）は3,578万人で、このうち75歳以上の後期高齢者が1,833万人で51%と過半数になりました。

第1号保険料は、保険者である市区町村（区は東京23区）が介護保険事業計画にもとづいて計算します。このため、住んでいる自治体によって保険料の金額は変わります。第8期の全国平均月額額は6,014円ですが、これは「基準額」と呼ばれ、負担割合が第5段階で、掛け率（乗率と呼びます）は1.0です。

第1～第4段階は住民税非課税の「低所得層」で、保険料の掛け率は0.3～0.9と「基準額」より低く設定されています。住民税課税の人は第6～第9段階になり、1.2～1.7の掛け率です。

ただし、この9段階は厚生労働省が示す基準で、住んでいる市区町村によっては「基準額」より多い第6～第9段階をさらに細かく刻んで（「多段階化」と呼びます）、増やしています。

第8期は9段階を超える設定をしているのは820市区町村で、最大で第25段階まで増やしている保険者もひとつあります。

第1号介護保険料の所得別負担段階

| | | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| 介護保険料負担段階 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 | 基準額未満 (第1～4) |
| | 0.3 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | |
| 月額保険料 | 1,804円 | 3,007円 | 4,210円 | 5,413円 | |
| 被保険者の構成 | 17.0% | 8.3% | 7.6% | 12.5% | 45.4% |

| | | | | | | |
|-----------|--------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 介護保険料負担段階 | 第5段階 | 第6段階 (第6～9) | 第7段階 (第7～10) | 第8段階 (第8～10) | 第9段階 (第9～17) | 基準額超 (第6～9) |
| | 1.0 | 1.2 | 1.3 | 1.5 | 1.7 | |
| 月額保険料 | 6,014円 | 7,217円 | 7,818円 | 9,021円 | 10,224円 | |
| 被保険者の構成 | 13.4% | 14.5% | 12.9% | 6.6% | 7.1% | 41.1% |

厚生労働省『2022年度介護保険事業状況報告』表17T「[都道府県別]」全国計より作成

「高額所得者」の第1号介護保険料を引き上げる方法は？

介護保険制度は40歳以上の人は強制加入ですが、表の「被保険者の構成」をみるとわかるように、65歳以上の第1号被保険者は標準という「基準額」の第5段階にあてはまる人は13%で、「基準額」未満が45%、「基準額」超が41%と二分されています。

第1号介護保険料は月1万5,000円以上（年間18万円以上）の年金収入がある場合、年金から天引き（特別徴収）されるシビアな設計です。保険料を集める側からみれば徴収率100%ですが、

払う側からみれば3年ごとの保険料の引き上げとともに年金が増えない限り、手取り額が減っていきます。

第107回の部会では、第9段階（合計所得320万円以上）をさらに「多段階化」して掛け率を引き上げる「高所得者の標準乗率の引上げ」を行うとともに、第1～3段階の「低所得者の標準乗率の引下げ」を検討することが示されています（資料2「給付と負担について」P.8「1号保険料負担について」）。

なお、2014年度まで第1と第2段階の掛け率は0.5、第3段階は0.75でしたが、消費税を5%から8%、そして10%と段階的に引き上げた時点で、増税分を投入して第1～3段階の人の掛け率を下げる負担軽減がおこなわれました。今回の見直しで、低所得高齢者の掛け率を引き下げる場合に、消費税の投入額を増やせるのかどうか、厚生労働省の説明はありません。

高齢化率（現在、29.0%）が上昇しつづけるなか、サービスを利用する人も増えています。費用が増えれば、給付費（費用から利用者負担を引いた額で、保険料と税金で半分ずつ負担しています）も比例的に増えていきます。第1期（2000～2002年度）の保険料の「基準額」は月2,911円でしたが、第8期は6,014円と2倍になっています。

年金は増えず、物価高が続くなかで、どうやって天引きできる保険料を増やすのか、ということが年末まで議論されます。

2割負担以上の認定者は9%、利用者は約2%

もうひとつのテーマが、利用者負担です。現在、介護保険制度のサービスを利用した場合、利用者は費用の1割を基本に、「一定以上所得者」は2割、「現役並み所得者」は3割の利用料を払います。

被保険者は40歳以上の約7,640万人ですが、認定を受けているのは694万人で、サービスを利用できる受給権があるのはわずか9%です（認定率については、指摘にとどめます）。

認定者の負担割合

| 負担割合 | 収入条件 | |
|-------------|----------------------------|--|
| 1割 (91%) | 年金収入等 280万円未満 | 本人の合計所得金額が160万円未満 かつ同一世帯の1号被保険者の年金収入+その他の合計所得金額が 単身世帯：280万円未満、2人以上：346万円未満 |
| 2割 (5%) | 一定以上所得 年金収入等 280万円以上 | 本人の合計所得金額が160万円以上 かつ同一世帯の1号被保険者の年金収入+その他の合計所得金額が 単身世帯：280万円以上、2人以上：346万円以上 |
| 3割 (4%) | 現役並み所得 年金収入等 340万円以上 | 本人の合計所得金額が220万円以上 かつ同一世帯の1号被保険者の年金収入+その他の合計所得金額が 単身世帯：340万円以上、2人以上：463万円以上 |

厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）2023年3月分』より作成 ※（）は認定者（694万人）に占める割合

2000年度に制度がスタートしたとき、利用料は「所得にかかわらず1割」で「応益負担」と説明されていました。

しかし、2014年の法改正で「一定以上所得者」は2割負担になり、利用料は2倍になりました。「一定」というのは高齢者の所得分布の上位20%に該当する「相対的に所得の高い方」を指します。2017年の法改正では、「一定以上所得」の人のうち「特に所得の高い層」（「現役並み所得」とも呼びます）は3割負担になりました。1割負担からみれば3倍、2割負担からみれば1.5倍の利用料になりました。そして、部会では「応益負担」から、「おおむね応能負担」と言われるようになりました。

認定者694万人のうち、「一定以上所得」で2割負担は33万人（5%）、「現役並み所得」で3割負担は27万人（4%）で合計すると約1割です。91%の人は1割負担です。

ただし、認定者がすべて利用者にはなるわけではありません。2014年度以降、認定を受けてもサービスを利用しない「未利用者」が100万人を超えていました。2023年3月のデータでは、694万人の認定者のうち利用しているのは597万人で、97万人が「未利用者」です（こちらも、指摘だけにします）。

100万人を少し切りましたが、認定を受けるには、市区町村に自分で申し込みをして、訪問調査員による調査を受け、市区町村の認定審査会を経て判定結果が通知されるという手続きが必要です。介護が必要な人にとってなかなか面倒な作業ともいえるのに、認定を受けても14%の人が利用していないのです。

このため、サービスの類型別に負担割合ごとの利用者数をみると、つぎの表になります。

利用者の負担割合

| サービス類型 | 利用者 | 構成 | 負担割合別 | | |
|-----------|------------|--------|------------|---------|---------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 在宅サービス | 4,130,688人 | 69.2% | 4,046,376人 | 45,785人 | 38,527人 |
| | | | 98.0% | 1.1% | 0.9% |
| 地域密着型サービス | 895,976人 | 15.0% | 892,283人 | 2,152人 | 1,541人 |
| | | | 99.6% | 0.2% | 0.2% |
| 施設サービス | 946,003人 | 15.8% | 923,538人 | 13,780人 | 8,685人 |
| | | | 97.6% | 1.5% | 0.9% |
| 合計 | 5,972,667人 | 100.0% | 5,862,199人 | 61,717人 | 48,753人 |
| | | | 98.2% | 1.0% | 0.8% |
| 参考・認定者 | 6,944,377人 | | 91.4% | 4.7% | 3.9% |

厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）2023年3月分』より作成

利用者597万人のうち1割負担は98%、2割負担と3割負担がそれぞれ1%程度になります。

私は専門家ではありませんが、表を作ってわかったのは、利用者には「一定以上所得」の人がほとんどいないということです。認知症グループホームや小規模多機能型居宅介護などが含まれる地域密着型サービスでは合計しても0.4%にしかありません。

認定者の9%が2割負担以上なのに、実際に利用している人は2%にしかならない原因はどこにあるのでしょうか？

「一定以上所得」の対象者を増やすと利用者が減らせるという構図がみえるなか、部会ではさらに「一定以上所得」のほか「現役並み所得」の見直しの検討が続くこととなります。

「一定以上所得」がある後期高齢者の家計収支

介護保険制度は40歳以上の人の強制加入ですが、認定者の約9割は75歳以上の後期高齢者で、そのうち80歳以上が四分の三と多数派になります。

今年の通常国会では、出産育児一時金を増額するために、75歳以上の後期高齢者の医療保険料を引き上げる法律改正が行われたばかりです。加藤勝信・厚生労働大臣は、75歳以上の人のうち、年収153円以下の低所得者が約6割になると国会答弁しました。

では、残る約4割の後期高齢者のうち、「一定以上」の所得がある人はどのくらい負担能力があるのでしょうか？

部会では後期高齢者の家計収支について、はじめて資料が出されました。

具体的には、75歳以上のひとり暮らし（単身世帯）と夫婦ふたり暮らし（夫婦2人世帯）の「年収別モデル」で、「年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値」とあります。

「一定以上所得」の後期高齢者の家計

| 「一定以上所得」の後期高齢者 | 年額 | | 月額 | |
|-----------------|---------|---------|--------|--------|
| | ひとり暮らし | 夫婦のみ世帯 | ひとり暮らし | 夫婦のみ世帯 |
| 収入（税込み収入） | 280.0万円 | 346.0万円 | 23.3万円 | 28.8万円 |
| 支出 | 258.0万円 | 328.0万円 | 21.5万円 | 27.3万円 |
| 消費支出（生活費） | 209.0万円 | 273.0万円 | 17.4万円 | 22.8万円 |
| 食料 | 49.0万円 | 80.0万円 | 4.1万円 | 6.7万円 |
| 住居 | 22.0万円 | 20.0万円 | 1.8万円 | 1.7万円 |
| 光熱・水道 | 21.0万円 | 27.0万円 | 1.8万円 | 2.3万円 |
| 家具・家事用品 | 12.0万円 | 12.0万円 | 1.0万円 | 1.0万円 |
| 被服および履物 | 6.0万円 | 6.0万円 | 0.5万円 | 0.5万円 |
| 保健医療 | 20.0万円 | 20.0万円 | 1.7万円 | 1.7万円 |
| 交通・通信 | 29.0万円 | 29.0万円 | 2.4万円 | 2.4万円 |
| 教養娯楽 | 25.0万円 | 25.0万円 | 2.1万円 | 2.1万円 |
| その他の消費支出 | 56.0万円 | 56.0万円 | 4.7万円 | 4.7万円 |
| 非消費支出（税金や社会保険料） | 55.0万円 | 55.0万円 | 4.6万円 | 4.6万円 |
| 収支計 | 22.0万円 | 18.0万円 | 1.8万円 | 1.5万円 |

社会保障審議会介護保険部会（菊池馨実・部会長）第107回（2023.07.10）資料2「給付と負担について」P.5「75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）」、P.6「75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）」より作成。（）内は総務省統計局「家計調査」の「用語の解説」より追加。月額は筆者が計算。

消費支出は総務省統計局の『家計調査』から抽出され、「保健医療」の科目に入っているのは「医薬品」「健康保持用摂取品」「保健医療用品・器具」「保健医療サービス」です。

「その他の消費支出」の細目は「諸雑費」（理美容サービス、石けん類・化粧品、身の回り用品、たばこ）と「他の諸雑費」です。この「他の諸雑費」に、「婚礼関係費」や「葬儀関係費」とともに「医療保険料」と「介護サービス」が含まれています（「家計調査収支項目分類一覧（2020年1月改定）」より）。

「家族の会」の介護を必要とする人の「その他の消費支出」と比べていかがでしょうか？

ひとり暮らしと夫婦のみ世帯で「その他の消費支出」が同じ金額というのも奇妙ですが、厚生労働省は「一定の仮定にもとづき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの」と苦しげな説明しています。

後期高齢者の負担能力は？

部会の[参考資料2「給付と負担について（参考資料）」](#)には、「利用者1人当たり自己負担額」について、後期高齢者医療では年間7.9万円、介護の利用者は年間16万円というデータがあります。

厚生労働省の試算で「その他の消費支出」に「介護サービス」が含まれているとはいっても、認定を受けていない後期高齢者も含めて「ごく粗くみた」データです。

今回の議論でメインターゲットになっているのは、1割負担の認定者のうち利用料を2倍にできる人なので、認定を受けた後期高齢者の家計収支の実態を調べなければ、対象を拡大できるのかどうかわからないのではないのでしょうか。

参考資料2ではまた、「65歳以上の者のいる世帯の平均所得金額（月額）」は2021年の時点で、ひとり暮らしは17.4万円、夫婦のみ世帯は37.1万円となっています。

私も「ごく粗く」みますが、後期高齢者の「年収別モデル」と比較すると、ひとり暮らしの「一定以上所得者」は23.3万円で、高齢者平均より5.9万円多いこととなります。しかし、夫婦のみ世帯の「一定以上所得者」は28.8万円で、高齢者平均より8.3万円も収入が低くなります。

65歳以上の高齢者と75歳以上の後期高齢者を比べると、介護が必要になる可能性が高くなる後期高齢者の負担能力のほうが、とくに夫婦のみ世帯で低いのは気にかかるところです。

同居介護、あるいは通い介護をしているみなさんには、「年収別モデル」はどうみえるのでしょうか？

参考資料2には「介護サービス利用者」の自己負担額（月額）のデータもあり、総数で在宅1.2万円、居住2.6万円、施設3.1万円とあります。

負担割合別に集計したものではないようですが、在宅の利用額が低いのは、年金収入にあわせているからではないのでしょうか。施設との差額1.9万円分については、民間サービスを利用する経済力があるのか、配偶者や家族、親族、NPOなどが無償で提供しているのか、あるいは支援ゼロなのか……。

「一定以上所得」層を20%から30%に拡大するのか？

もうひとつ気がかりなのは、別の「年収別モデル」が示されていることです。

介護保険制度で2割負担になる「一定以上所得」は高齢者の所得分布の上位20%に該当する層ですが、もうひとつは、後期高齢者医療制度で2割負担になっている上位30%の家計収支です。

厚生労働省はこちらも「ごく粗くみたもの」としていますが、介護保険制度の「一定以上所得」を20%から30%に広げる、つまり現在、1割負担になっている層の上位10%を2割負担の対象に拡大できないか、ということが示唆されていると考えます。

「所得上位層」の後期高齢者の家計

| 年収別モデル | 所得層 | 年収 | 支出 | | 収支計 | |
|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| | | | 消費支出 | 非消費支出 | | |
| ひとり暮らし | 上位 30% | 220 万円 | 211 万円 | 178 万円 | 33 万円 | 9 万円 |
| | 上位 20% | 280 万円 | 258 万円 | 209 万円 | 49 万円 | 22 万円 |
| 夫婦のみ世帯 | 上位 30% | 286 万円 | 265 万円 | 231 万円 | 34 万円 | 55 万円 |
| | 上位 20% | 346 万円 | 328 万円 | 273 万円 | 55 万円 | 18 万円 |

厚生労働省が出している資料はかなり無理があるという印象ですが、『骨太方針 2023』では、経済財政諮問会議（岸田文雄・議長）の『[新経済・財政再生計画改革工程表 2021](#)』（2021 年 12 月 23 日公表）などにもとづき「医療・介護における『現役並み所得』の判断基準の見直し」を求めています。

『骨太方針』の作成に大きな影響を与える財政制度等審議会（十倉雅和・会長）は 5 月 29 日、[建議『歴史的転機における財政』](#)で「利用者負担（2 割負担、3 割負担）」のほか「ケアマネジメントの利用者負担の導入」も並べています。

財界や経済学者など数字に強い有識者委員が多いのですから、なぜ、経済財政諮問会議や財政制度等審議会が介護を必要とする後期高齢者に負担能力があると考えなのか、説得力のあるデータを示して提案理由を説明してもらいたいものです。

社会保険制度における「資産」について

以下は補足的な説明と私見です。

介護保険制度がはじまる前から、高齢者がどのくらい負担できるのかははっきりしませんでした。

このため 2000 年当時、総務省統計局に問い合わせたことがあります。統計局は『家計調査』を実施し、毎年「家計収支編」と「資産・負債編」の報告をしています。

調査は 1926 年から「国民生活の実態をつかむ」ためにはじまったそうで、もうすぐ 100 年になります。

統計局に「収入と資産をクロス集計したデータはないのか」と聞いたところ、家計収支と資産・負債の調査は別々に調査され、対象が異なるので、クロス集計はできないという回答でした。

そうすると、「年金が少なくても、貯金がたくさんある」ことは証明できないし、「年金が多くて、貯金は少ない」人もわからないわけです。

私が気にしているのは「年金が少なく、貯金も少ない」人たちですが、貧乏な人がどのくらいいるのか、お金持ちがどのくらいいるのか、いずれにしても把握できないのが実態なのです。

マイナンバー（個人番号）制度で把握できるという声もありますが、カードを取得するときに自己申告される預金通帳では中途半端なデータが大量に集積されるだけです。また、現在、紐付けが多すぎてシステムに混乱が発生している状況では、当面、分析に耐えられるデータは集まらないし、政策決定の根拠にはならないと考えます。

なお、今年 1 月 30 日に大河原雅子・衆議院議員の厚生労働省ヒアリングに同席した際、厚生労働省から得た回答を、ハスカップのホームページから抜粋してつぎに紹介しておきます。

[2023.01.30 厚生労働省ヒアリング報告1 介護保険料の引き上げ、2割負担の拡大](#)

社会保険の被保険者負担に「資産」勘案はない

質問 4.

介護保険部会では、被保険者の資産を捕捉すべきという委員意見がありました。社会保険において保険料や利用者負担の設定に資産を勘案する例があるなら教えてください。

厚生労働省回答：

現時点で日本国内での資産勘案の例は把握していません。

福祉的な生活保護や補足給付は勘案していますが、社会保険においては把握していません。

追加質問：

「高所得」の基準が示されないまま、議論ができるのでしょうか？

厚生労働省回答：

介護保険部会では高所得の方にもう少しご負担いただくという考えに異論はありませんでした。

どこを対象にするのかという議論を今夏までに深めていかなければなりません。

追加質問：

介護保険部会で「高所得」のラインを引くのか抽象的な表現だけで合意して、あとは厚労省が決めていくことになるのでしょうか？

厚生労働省回答：

どのように進めるかは部会長と検討したいと考えています。

どこまでを基準を示すのか、今は言えませんが、昨年末の取りまとめから一段深めた内容を示せないかと考えています。案を示して議論を深めていただき、夏（※年末に変更）までにとりまとめられたらと考えています。

以上

| | |
|--------------------------|------|
| 社会保障審議会 介護保険部会（第107回） | 資料 2 |
| 令和 5 年 7 月 10 日 | |

給付と負担について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

介護保険料・利用者負担に関する各種取りまとめ

社会保障審議会介護保険部会 意見書（令和 4 年 12 月 20 日）

（「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準）

- こうした議論を踏まえ、「一定以上所得」（2割負担）の判断基準について、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得ることが適当である。
- 「現役並み所得」（3割負担）の判断基準については、医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

（1号保険料負担の在り方）

- 介護保険制度の持続可能性を確保するためには、低所得者の保険料上昇を抑制することが必要であり、負担能力に応じた負担の観点から、既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行うことが適当である。
- 具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得ることが適当である。

（※）次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年度までに結論を得るべく引き続き議論

全世代型社会保障構築会議 報告書（令和 4 年 12 月 16 日）

Ⅲ. 各分野における改革の方向性

3. 医療・介護制度の改革 （2）取り組むべき課題 ③介護

- また、2024年度からの次の計画期間に向けて、介護保険制度の持続可能性を確保するため、「骨太の方針2022」や「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」、社会保障審議会介護保険部会等で指摘された課題（保険料負担や利用者負担の在り方など）について、来年度の「骨太の方針」に向けて検討を進めるべきである。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和 5 年 6 月 16 日）

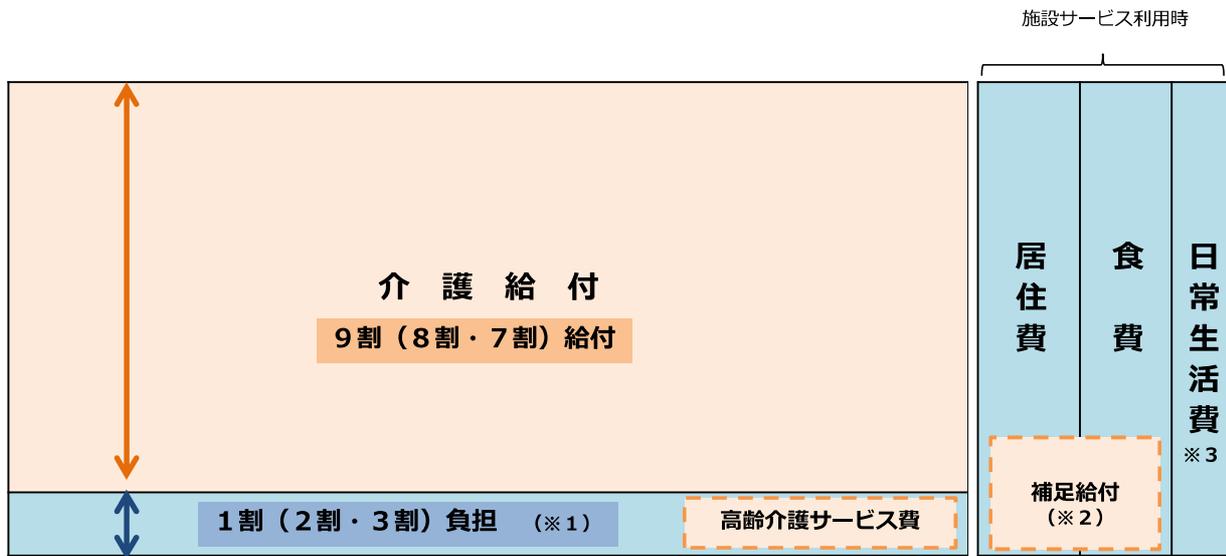
（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

「介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る*。」

※ 「「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和 4 年 12 月 20 日 社会保障審議会介護保険部会）では、利用者負担の一定以上所得の判断基準のほか、1号保険料の在り方や多床室の室料負担について、2024年度から始まる次期介護保険事業計画に向けて結論を得ることとされた。」

介護給付における利用者負担

※肌色 = 保険給付、水色 = 利用者負担



- ※1 居宅介護支援は全額が保険給付される。
「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）」の場合は、2割負担。
「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。夫婦世帯の場合463万円以上）」の場合は、3割負担。
- ※2 介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費の軽減
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用）

2

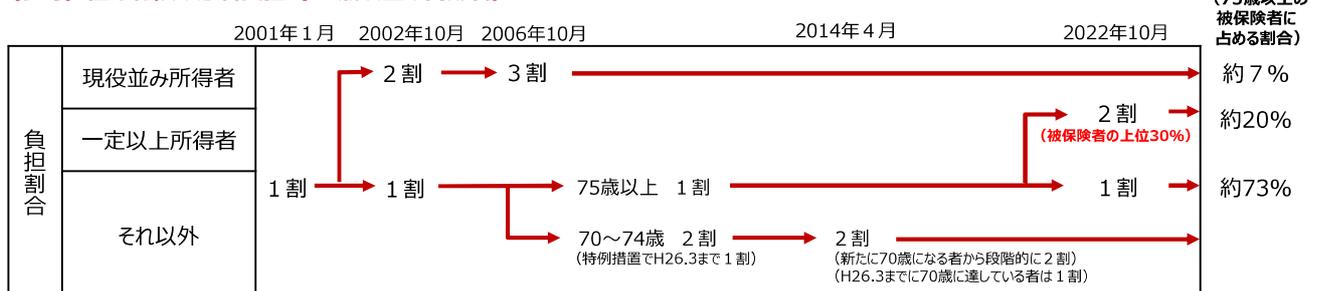
介護保険制度における利用者負担割合（経緯）

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担



(参考) 医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



3

1号被保険者の所得分布（2割負担・3割負担の水準）

- 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観点から、
- 相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】
 - 2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】

| 年金収入 +その他合計所得金額 合計所得金額 (〇円以上～〇円未満) | ～200 万 | 200～ 210 | 210～ 220 | 220～ 230 | 230～ 240 | 240～ 250 | 250～ 260 | 260～ 270 | 270～ 280 | 280～ 290 | 290～ 300 | 300～ 310 | 310～ 320 | 320～ 330 | 330～ 340 | 340～ 350 | 350～ 360 | 360～ 370 | 370万 ～ |
|---|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 被保険者数 (千人) | 2,416 | 531 | 642 | 704 | 674 | 701 | 705 | 635 | 605 | 518 | 460 | 404 | 369 | 316 | 299 | 263 | 247 | 210 | 3,218 |
| 割合の累計値 (上位〇%) | 40.3% | 33.3% | 31.8% | 29.9% | 27.9% | 25.9% | 23.9% | 21.9% | 20.0% | 18.3% | 16.8% | 15.4% | 14.3% | 13.2% | 12.3% | 11.4% | 10.7% | 9.9% | 9.3% |

【2割負担】
一定以上所得（被保険者の上位20%）
年金収入等(1人世帯)：280万円
合計所得金額：160万円
※利用者ベース累計割合…8.2%

【3割負担】
現役並み所得
年金収入等(1人世帯)：340万円
合計所得金額：220万円
※利用者ベース累計割合…3.6%

モデル年金(厚生年金)
年金収入等189.9万円

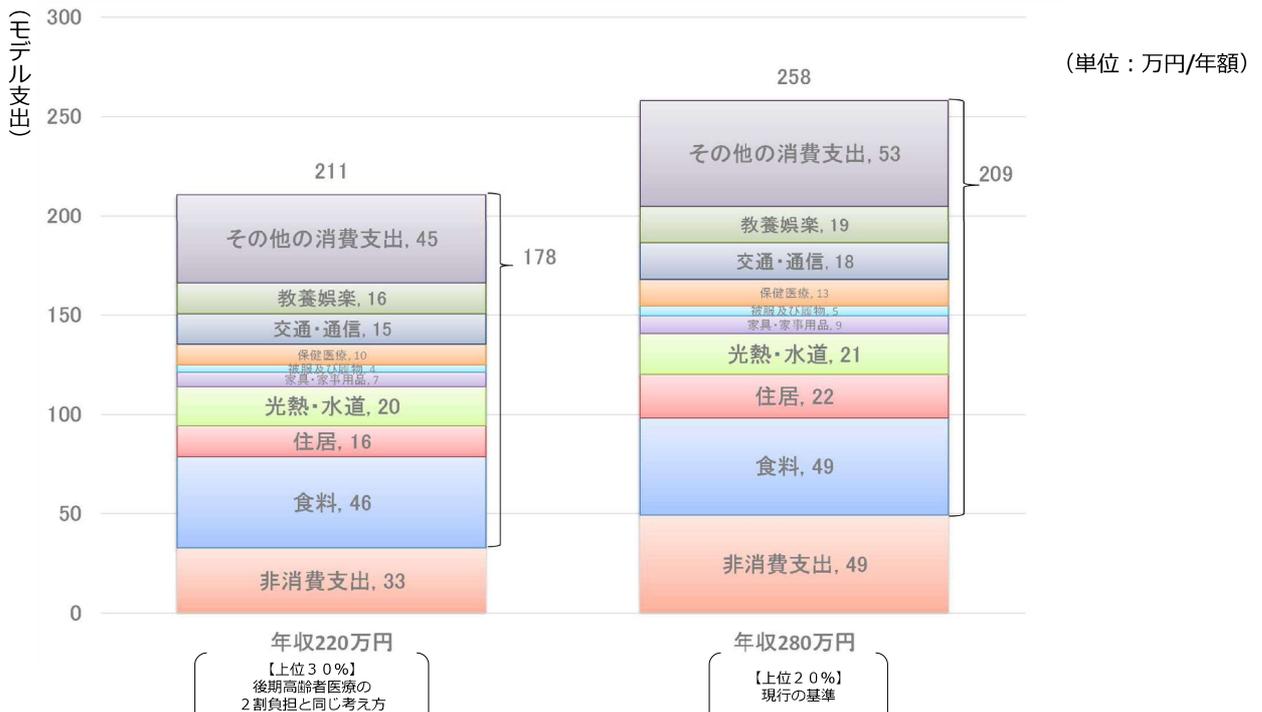
後期高齢者医療の2割負担
となる層と同じ所得水準
年金収入等200万円

所得分布は令和4年4月1日現在（介護保険計画課調べ）

- 年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除等（120万円程度）（※）
- 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。
- ※ 公的年金等控除については、平成30年度税制改正大綱（平成29年12月22日閣議決定）に基づき、控除額が一律で10万円引き下げられているが、介護保険料や保険給付の負担水準に関して、意図せざる影響や不利益が生じないように、所得指標の見直しを実施している。

75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

- 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの

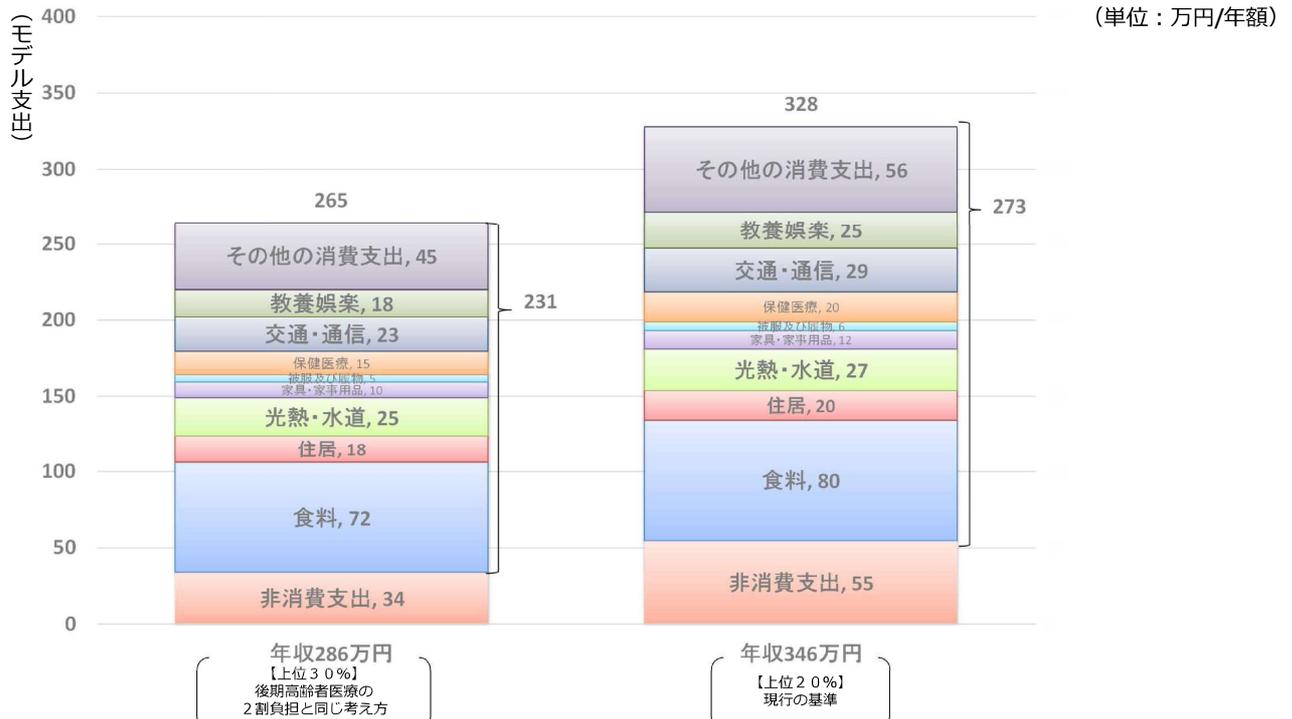


注1) 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12カ月の合計額。
なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注2) 消費支出は、家計調査（2022年）の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。
それぞれのサンプル数は、220±50万円（上位30%）は103世帯、280±50万円（上位20%）は49世帯。

75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

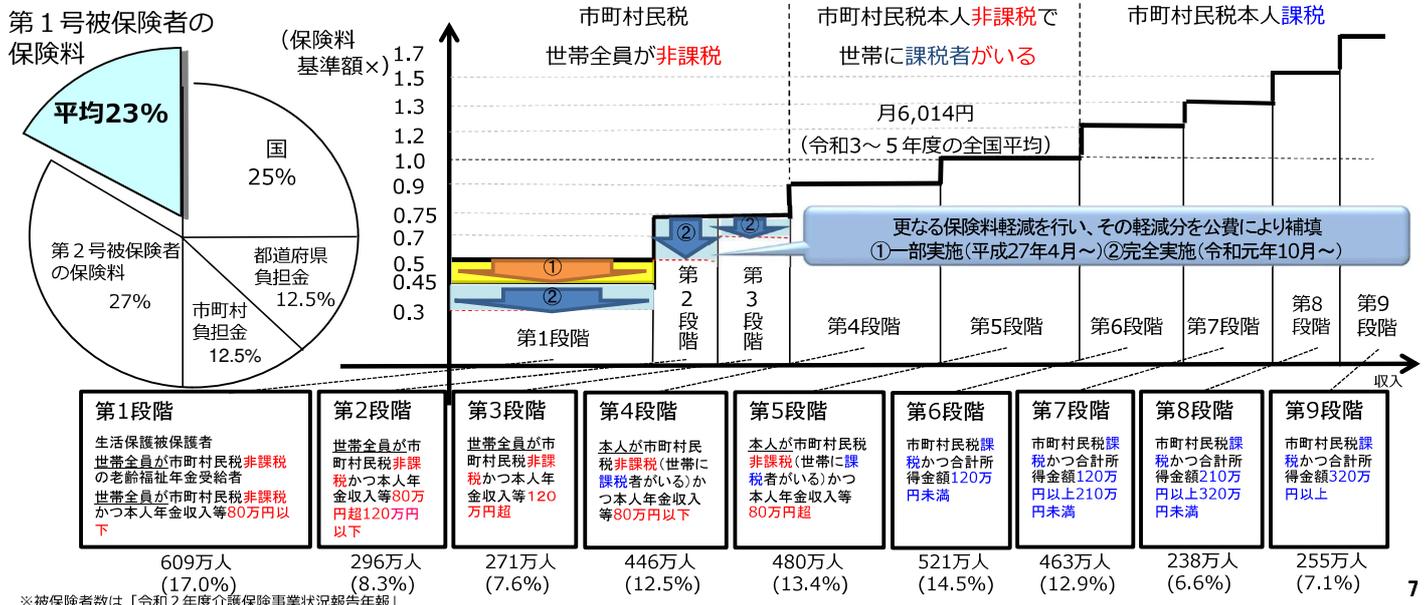
- 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの



注1) 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12か月の合計額。
 なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。
 注2) 消費支出は、家計調査（2022年）の65歳以上夫婦のみ・無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。それぞれのサンプル数は、220±50万円（上位30%）は372世帯、280±50万円（上位20%）は368世帯。

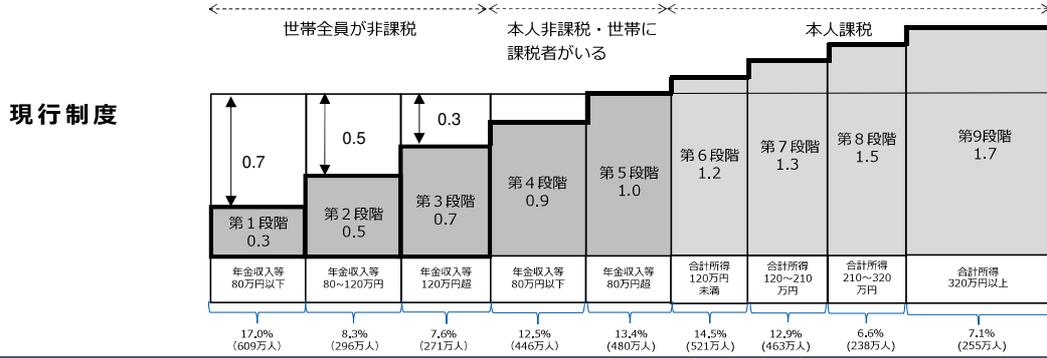
第1号被保険者の保険料

- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約23%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。（第8期（令和3～5年度）の保険料の基準額の全国平均は月額6,014円）
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて、段階別設定されている。（標準は9段階）

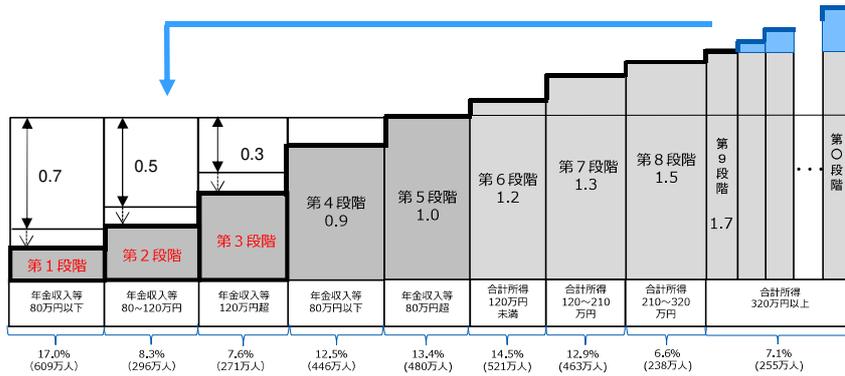


1号保険料負担について

○意見書では、1号保険料負担の在り方について、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、低所得者の保険料上昇を抑制することが必要であり、負担能力に応じた負担の観点から、既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げについて検討を行うことが適当とされている。具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等についてどのように考えるか。



見直しイメージ



※ 低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担についても、検討が必要。

第1号介護保険料と利用者負担

猛暑が続くなか、しつこくおさらいしますが、2024度の介護保険制度の見直しについて、2022年12月20日、社会保障審議会介護保険部会（菊池馨実・部会長 以下、部会）が『[介護保険制度の見直しに関する意見](#)』をまとめました。意見はたくさん項目がありますが、「高齢者の負担能力に応じた負担の見直し」に、①保険料負担の在り方、②「現役並み所得」（3割負担）、「一定以上所得」（2割負担）の判断基準の2項目があります。

このふたつは、「第9期計画に向けて結論」を得るとして「今夏」まで継続審議になっていました。しかし、6月16日に閣議決定された『[骨太方針2023](#)』（正式には経済財政運営と改革の基本方針2023「加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」）が「年末までに結論を得る」としたため、今年12月末まで結論が延ばされました。

延期するより止めてもらいたいものですが、7月10日に開かれた[第107回](#)の部会では、『[骨太方針2023](#)』にもとづく審議延長と、『[給付と負担について](#)』の説明が行われました。

第1号介護保険料の負担段階の見直し … 来期の保険料はいくらになるか？

①は、65歳以上の被保険者が年金から天引きされている第1号介護保険料がテーマです。

制度の会計期間は3年1期で、いまは第8期（2021～2023年度）の3年目です。第1号保険料は、保険者である市区町村（区は東京23区）が介護保険事業計画にもとづいて計算します。このため、住んでいる自治体によって保険料は違います。また、第8期の全国平均月額額は6,014円ですが、これは「基準額」で、9段階ある負担段階の5番目、第5段階になり、掛け率（乗率と呼びます）は1.0です。第1～第4段階は住民税非課税の「低所得層」で、45%の人が該当します。保険料の掛け率は0.3～0.9と「基準額」より低く設定されています。住民税課税の収入の人は41%になり、第6～第9段階（掛け率1.2～1.7）になります。

さらに面倒なのは、9段階は厚生労働省が示した基準で、市区町村によっては「基準額」より多い第6～第9段階をさらに細かく刻んで（「多段階化」と呼びます）増やしています。第8期は9段階を超える設定をしているのは820市区町村で、最大25段階まで増やしています。

表にしましたが、第5段階の基準額を払っているのはわずか13.4%で、それより多いか、少ないかに二分されています。

第1号介護保険料の所得別負担段階

| 負担段階と乗率 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 | 基準額未滿 (第1～4) |
|---------|-------|------|------|-------|-----------------|
| | 0.3 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | |
| 被保険者の割合 | 17.0% | 8.3% | 7.6% | 12.5% | 45.4% |

| 負担段階と乗率 | 第5段階 | 第6段階 | 第7段階 | 第8段階 | 第9段階 | 基準額超 (第6～9) |
|---------|-------|-------|-------|------|------|----------------|
| | 1.0 | 1.2 | 1.3 | 1.5 | 1.7 | |
| 被保険者の割合 | 13.4% | 14.5% | 12.9% | 6.6% | 7.1% | 41.1% |

厚生労働省『2022年度介護保険事業状況報告』表17T「〔都道府県別〕」全国計より作成

部会では、第9段階（合計所得320万円以上）をさらに「多段階化」して掛け率を引き上げる「高所得者の標準乗率の引上げ」と、第1～3段階の「低所得者の標準乗率の引下げ」を検討することが示されています（資料2「給付と負担について」）。

高齢化率（現在、29.0%）が上昇しつづけるなか、サービスを利用する人も増えています。費用が増えれば、給付費（費用から利用者負担を引いた額で、保険料と税金で折半しています）も比例的に増えていきます。第1期（2000～2002年度）の「基準額」は月2,911円でしたが、第8期は6,014円と倍増しています。年金は増えず、物価高が続くなかで、どうやって天引きできる保険料を増やすのか、ということが年末まで議論されます。

利用者負担の見直し … 2割負担（一定以上所得者）を増やすのか？

②は、サービスを利用している人の負担割合です。現在、利用者は費用の1割を基本に、「一定以上所得者」は2割、「現役並み所得者」は3割の利用料を払っています。

被保険者は40歳以上の約7,640万人ですが、認定を受けているのは694万人です。2000年度に制度がスタートしたとき、利用料は「所得にかかわらず1割」で「応益負担」でした。しかし、2014年改正で「一定以上所得者」は2割になり、利用料は2倍になりました。「一定」とは、高齢者の所得分布の上位20%に該当する「相対的に所得の高い」人です。2017年改正では、「一定以上所得」のうち「特に所得の高い層」（「現役並み所得」とも呼びます）は3割になり、部会では「おおむね応能負担」と言われるようになりました。

認定者694万人のうち、「一定以上所得」で2割負担は33万人（5%）、「現役並み所得」で3割負担は27万人（4%）で合計すると9%です。91%の人は1割負担にとどまっています。ただし、認定者がすべて利用者にはなるわけではありません。2023年3月のデータでは、694万人の認定者のうちサービスを利用しているのは597万人で、97万人が「未利用者」です。そして、2割負担は6.2万人で1%、3割負担は4.9万人で1%、合計しても2%にしかなりません。表を作ってちょっと驚きましたが、2割負担以上だと、認定者は9%で、利用者は2%。「おおむね応能負担」にしたほうが、「未利用者」が増えるのでしょうか？

利用者の負担割合

| サービス類型 | 利用者 | 構成 | 負担割合別 | | |
|-----------|------------|--------|-------|------|------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 在宅サービス | 4,130,688人 | 69.2% | 98.0% | 1.1% | 0.9% |
| 地域密着型サービス | 895,976人 | 15.0% | 99.6% | 0.2% | 0.2% |
| 施設サービス | 946,003人 | 15.8% | 97.6% | 1.5% | 0.9% |
| 合計 | 5,972,667人 | 100.0% | 98.2% | 1.0% | 0.8% |
| 参考・認定者 | 6,944,377人 | | 91.4% | 4.7% | 3.9% |

厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）2023年3月分』より作成

厚生労働省は、75歳以上の後期高齢者について、所得分布の上位20%（現在、2割負担）と上位30%に該当する単身世帯と夫婦のみ世帯の家計について「収入と支出の状況をごく粗くみた」というデータを出しています。「一定以上所得」の対象を20%から30%に増やす、つまり、1割負担の人のうち所得分布の上位10%まで2割負担の対象を広げようという意図でしょうか。おおいに心配になる参考資料です。今後の部会の議論を注視したいと思います。

2024年の介護保険制度 ホームヘルプ・サービスで考える「総合事業への移行」問題

結論の延期が続く「総合事業への移行」計画

新型コロナウイルス感染症の波が何度も押し寄せるなか、2024年度の介護保険制度の見直しをめぐって、2022年3月から社会保障審議会介護保険部会（菊池馨実・部会長 以下、部会）が検討をはじめ、12月20日、『介護保険制度の見直しに関する意見』をまとめました。

『意見』の大項目は「Ⅰ.地域包括ケアシステムの深化・推進」と「Ⅱ.介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」のふたつです。中項目も「1.生活を支える介護サービス等の基盤の整備」など合計5項目です。でも、中項目にはさらに小項目がたくさん並びます。

これまでの審議会傍聴の経験から考えると、文末に「適当である」と書いてある小項目が制度改定につながっています。今回の『意見』で「適当である」とされたのは「福祉用具」や「医療・介護連携」など40ほどありますが、そのなかに「引き続き検討」となり、今年も審議が継続している6項目があります。表にある①～⑥になりますが、訪問介護に代表されるホームヘルプ・サービスについて、「①総合事業の多様なサービスの在り方」と「⑥軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」で整理します。

介護保険部会「意見」の主要項目

| | |
|-----------------------------|--|
| Ⅰ.地域包括ケアシステムの深化・推進 | |
| 1.生活を支える介護サービス等の基盤の整備 | |
| 2.様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現 | |
| | ① 総合事業の多様なサービスの在り方 |
| 3.保険者機能の強化 | |
| Ⅱ.介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保 | |
| 1.介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進 | |
| 2.給付と負担 | |
| | (1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し |
| | ② 1号保険料負担の在り方 |
| | ③ 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準 補足給付に関する給付の在り方 |
| | (2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し |
| | ④ 多床室の室料負担 |
| | ⑤ ケアマネジメントに関する給付の在り方 |
| | ⑥ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方 |
| | (3) 被保険者・受給者範囲 |

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公表）「Ⅱ.介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」2.給付と負担より抜粋作成（①～⑥は筆者添付）

「給付と負担」の結論を出すには時間差がある

部会の継続審議の6項目のうち、②第1号介護保険料の引き上げと③利用者負担2割の範囲の拡大は、部会で「今夏」までに結論を出すことが明記されています。

しかし、④の相部屋の家賃設定は介護給付費分科会（田辺国昭・分科会長）で第9期（2024～2026年度）の介護報酬・基準の見直しとあわせて来年1月まで結論を出すこととなります。

⑤ケアマネジメントの有料化と⑥要介護1・2のホームヘルプ・サービスの給付削減に至っては、今年から第9期末（2024～2026年度）までの間に結論を出すと、いつになるかわからないタイムリミットが設けられています。

「給付と負担」のタイムリミット

| 「給付と負担」の結論を出す期限 | |
|--------------------------------|---------------|
| ① 総合事業の多様なサービスの在り方 | 未定 |
| ② 1号保険料負担の在り方（高所得者の保険料率の見直し） | 第9期計画に向けて結論 |
| ③ 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準の判断基準 | （2023年夏まで） |
| ④ 多床室（老健、介護療養病床）の室料負担（新規設定） | 介護給付費分科会で結論 |
| ⑤ ケアマネジメントに関する給付の在り方（有料化） | （2024年1月まで） |
| ⑥ 軽度者（要介護1・2）への生活援助サービス等に関する給付 | 第10期計画開始までに結論 |
| | （2027年1月まで） |

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公表）「Ⅱ.介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」「2.給付と負担」より作成

5月12日、通常国会で介護保険法を含む11の法律をパックした束ね法案「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が可決されました。焦点になったのは「出産育児一時金」を48万円から50万円に増やすため、「全世代で支え合う仕組みの導入」として後期高齢者医療保険料を引き上げたことです。介護保険の認定者の約9割（87%）は75歳以上の後期高齢者ですから、②の介護保険料の引き上げが行われると「高所得者」にはダブルパンチになります。

「給付」から「事業」に移すのは財源抑制のテクニック

「総合事業」と呼ばれるのは、2005年の介護保険法改正で新設された地域支援事業のうち、2011年改正で追加された「介護予防・日常生活支援総合事業」の通称です。

介護保険制度のサービスは「給付」と呼ばれますが、費用から利用者負担（利用料）を差し引いた部分が給付費と呼ばれます。給付費は介護保険料と税金で折半しています。

地域支援事業は保険者である市区町村（区は東京23区）の「事業」です。財源は「給付」と同じで介護保険料と税金です。ただし、「給付」は認定を受けた人（受給権者）への個別給付、「事業」は市区町村に事業費が支払われます。まず、受けとる主体が違うのです。

2014年改正では、要支援認定（要支援1・2）の人へのホームヘルプ・サービス（介護予防訪問介護）とデイサービス（介護予防通所介護）が「給付」からはずされ、「事業」に移りました。行き先は総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」で、ホームヘルプ・サービスは「第1

号訪問事業」(通称・訪問型サービス)、デイサービスは「第1号通所事業」(通称・通所型サービス)になりました。

「事業」と「給付」の正式名称と通称

| 介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象:要支援認定(要支援1・2) | 介護給付 給付対象:要介護認定(要介護1~5) |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 第1号訪問事業(通称・訪問型サービス) | 訪問介護(通称・ホームヘルプ・サービス) |
| 第1号通所事業(通称・通所型サービス) | 通所介護(通称・デイサービス) |

※ 事業対象者には要支援認定者のほか、認定で非該当(自立)と判定された人や基本チェックリスト(市区町村により異なる愛称をつけるケースもある)で「事業対象者」と判断される人もいます。

総合事業への移行作業には3年の猶予期間があったので、すべての市区町村が要支援認定者を「事業」に移す「完全実施」は2018年度からとなりました。つまり、現在、要支援認定の人への給付に、ホームヘルプ・サービスとデイサービスはありません。

「給付」と「事業」のもっとも大きな違いは、財源を確保する義務の有無です。

「給付」では、介護が必要な認定者数とともに費用が増える場合、必要な財源を確保するのは政府や自治体の義務になります。

しかし、「事業」は高齢者数の伸び率に連動した上限額に固定されます。介護保険制度の適齢期は75歳以上で、後期高齢者は2060年まで増え続けると推計されています。しかし、要支援認定の人が増えても比例的に財源を増やすことはできないので、市区町村は事業を維持するために、事業の対象になる人を絞りこむ、あるいは低額の委託事業者を増やすなどやりくりを求められることとなります。

政府、財務省の「事業」へのリクエスト

「給付」が必要な認定者の人数に応じて財源を増やすより、後期高齢者数の人数に応じて上限額が決まる「事業」に移したほうが費用の伸びを抑えることができます。

5年前、政府は『骨太の方針2018』(1)で「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」としました。経済財政諮問会議は『新経済・財政再生計画改革工程表2018』(2)で「軽度者に対する生活援助サービス」の見直しを求めました。

2020年になると、今度は財政制度等審議会(以下、財政審)が『建議』(3)で、要介護1・2を「軽度者」と呼び、「軽度者へのサービスの地域支援事業への移行」を提言しました。ここにあるサービスは「生活援助」ではなく、「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)」です。今年5月の財政審の資料(4)では「要介護1・2への訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行」と明記しています。

(1) 経済財政諮問会議(安倍晋三・議長)『経済財政運営と改革の基本方針2018』(2018年6月15日)

(2) 経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会『新経済・財政再生計画改革工程表 2018』(2018年12月20日)

(3) 財政制度等審議会(榊原定規・会長)『2021年度予算の編成等に関する建議』(2020年11月25日)

(4) 財政制度等審議会財政制度分科会(十倉雅和・分科会長)2023年5月11日開催資料2『財政各論③:こども・高齢化等』

厚生労働省は「事業」の充実へ

政府や財務省が財源を議論するのは当然ですが、ひとり暮らしや高齢夫婦世帯が多い認定者の暮らしに欠かすことのできないホームヘルプ・サービス、なかでも日常生活を支えるメニューの「生活援助」がずっと標的にされています。

「生活援助」を削減すれば、認知症や身体障害のある認定者の自宅での暮らしが維持できなくなり、居住系サービス(認知症グループホームや介護付き有料老人ホーム)や特別養護老人ホームなど施設サービスの選択を迫られます。居住系や施設のサービスには利用者負担のほか、食費、家賃、日常生活費など自己負担がかさみます。

通常国会では加藤勝信・厚生労働大臣が、介護が必要な後期高齢者の経済力について、「年収153万円以下の低所得者」が約6割と答弁しました。これまで以上に「生活援助」を削減すれば、後期高齢者の在宅介護ライフが困難になることは目にみえています。また、働く家族が無償の「生活援助」を行うために「介護離職」を迫られるリスクも高まります。

しかし、政府や財務省の要請は強力で、部会では「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」は継続審議になるとともに、要介護1・2の人を移すために「事業」を充実することが『意見』に盛り込まれました。今年4月10日、厚生労働省は「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」(栗田主一・座長 以下、検討会)を設置し、8月までに中間報告をまとめる予定です。また、『地域づくり支援ハンドブック vol.1』(株式会社 TRAPE)を作成し、奈良県生駒市をモデルに市区町村に「事業」を充実するよう求めています。

一番最後に第1回の議事録から気になる発言を抜粋していますので、目を通してください。

「総合事業」と「総合事業サービス」

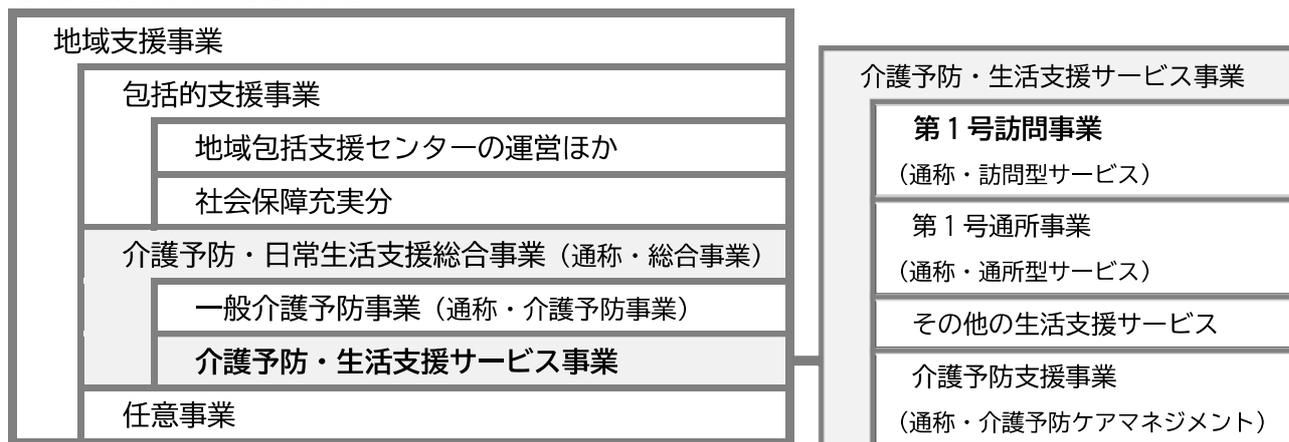
制度としては「介護予防・日常生活支援総合事業」のなかに、「一般介護予防事業」と「介護予防・生活支援サービス事業」のふたつの事業があります。

混乱しやすいのですが、「総合事業」とある場合は「介護予防・日常生活支援総合事業」を指すケース、「介護予防・生活支援サービス事業」のケースのふたつがあります。

部会の委員の発言でも明確に区別されていないこともありますが、本稿では「介護予防・生活支援サービス事業」を「総合事業サービス」と表記します。

現在、要支援認定の人にホームヘルプ・サービス(介護予防訪問介護)に代わって提供されている「総合事業サービス」は、「第1号訪問事業」(通称・訪問型サービス)です。

地域支援事業の「総合事業」



「総合事業サービス」を提供するのは委託事業者

「給付」を提供するのは、介護保険制度が定めた基準をクリアして都道府県や政令指定都市などから「指定」された事業者で、介護報酬（利用料プラス給付費）が支払われます。

「総合事業サービス」を提供するのは、市区町村が「委託」した事業者で、「指定」を取る必要はなく、社会福祉法人やシルバー人材センター、NPOや住民団体など「多様なサービス」と呼ばれています。「委託」事業者には事業費（委託費）が支払われます。

まぎらわしいのですが、「委託」事業者には「給付」の指定事業者も参加しています。

「総合事業サービス」第1号訪問事業の委託事業者

| 委託事業者のタイプ | | 内容 | 提供者 |
|-----------|------------|------------------|-----------|
| 従前の訪問介護相当 | | | |
| 訪問介護 | 指定事業者 | 身体介護、生活援助 | ホームヘルパー |
| 多様なサービス | | | |
| 訪問型サービスA | 緩和した基準 | 生活援助等 | 主に雇用労働者 |
| 訪問型サービスB | 住民主体による支援 | 自主活動として行う生活援助等 | ボランティア主体 |
| 訪問型サービスC | 短期集中予防サービス | 保健師等による居宅での相談指導等 | 保健・医療の専門職 |
| 訪問型サービスD | 移動支援 | 移送前後の生活支援 | ボランティア主体 |

厚生労働省老健局 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会（栗田主一・座長）第1回（2023.04.10）資料3『介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けて』『介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（2020年度）』より作成

要支援認定者の8割は、指定事業者の「総合事業サービス」を利用している

「第1号訪問事業」（通称・訪問型サービス）の委託事業者の構成をみると、全国1,741市区町村のうち、指定事業者による「従前の訪問介護相当」（以下、従前相当）の提供が1,607市区町村（92.3%）、「多様なサービス」が1,106市区町村（63.5%）とあります。

これだけみると、「多様なサービス」も結構あるようにみえます。

しかし、利用者数で見れば、「従前の訪問介護相当」が35万人、「多様なサービス」が8万人で、8割の人は指定事業者から事業を提供されています。

「多様なサービス」では、サービスAが7万人、住民主体のサービスBは1万人です。
なお、ホームヘルパー（訪問介護員）は制度が定める研修を修了していますが、サービスAの「雇用労働者」に法定研修は義務づけられていません。

委託事業者数は、2017年度は43,082事業者でしたが、2020年度は42,873事業者に減りました。指定事業者が31,923事業者から28,841事業者に減って、「多様なサービス」が11,159事業者から14,032事業者に増えました。

このため、指定事業者の利用者も36万人から2万人減って34万人に減り、交代するようにサービスAが6万人から3万人増えて9万人になりました。なお、サービスAの委託事業者で一番多いのは「シルバー人材センター」です。

利用者からみれば、ホームヘルプ・サービスが「給付」から「事業」に移っても、同じ指定事業者が提供するなら、ほとんどが制度の変更に気がつかないこととなります。しかし、いつまで気づかずにいられるでしょうか。

問われるのは「在宅」で暮らせるのかということ

介護が必要と認定を受けた人の8割は自宅、あるいは「自宅ではない在宅」（サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームなど）で、ケアプランを作り在宅サービスを利用しながら暮らしています。

なかでも、ホームヘルプ・サービスは1956年、長野県ではじまった「家庭養護婦派遣事業」がルーツと言われています。1963年には老人福祉法が成立し「老人家庭奉仕員派遣事業」がはじまり、1982年にはホームヘルパーの養成研修がはじまりました。1989年、はじめて消費税（税率3%）が導入されたとき、増収分を財源に『ゴールドプラン』（高齢者保健福祉推進10カ年戦略）が策定され、ホームヘルプ・サービスなど「在宅福祉事業」が積極的に進められました。約70年前からホームヘルプ・サービスは高齢者福祉に不可欠な支援なのです。

介護保険制度がスタートした2000年度当初は、多くの市区町村が認定を受けると「ホームヘルパーに来てもらえます」というパンフレットを作りました。しかし、制度の見直しのたびに、ホームヘルプ・サービスは「ホームヘルプ・サービスしかケアプランに入っていない」、「家事ができるのに、ヘルパーに代行させている」などの批判を浴び、抑制のターゲットになってきました。改定のたびにサービスを提供する回数の縮小、提供時間の削減が行われ、ついに要支援1・2の人への給付はカットされたのです。

2021年改定で、要介護認定になっても「総合事業サービス」の対象に

2021年改定では、要支援1・2で「総合事業サービス」を利用していた人が要介護1～5になっても、「本人が希望」すればホームヘルプ・サービス（訪問介護）の給付をしないで、「総合事業サービス」を継続してもいいという「対象者の弾力化」が行われました。希望した本人は「継続利用要介護者」と呼ばれます。いまのところ、提供する委託事業者は住民主体によるサービスBに限定されていますが、受給権があっても給付しなくていいことになったのです。

介護保険制度は認定を受けた人に給付するのが原則ですが、「対象者の弾力化」は認定者みずから受給権を放棄するよう誘導しているともいえます。

居宅介護支援事業所単位で、ホームヘルプ・サービスを制限

また、2021年改定では、ケアマネジャーが所属している事業所（居宅介護支援事業所）単位で、ホームヘルプ・サービス（訪問介護）の利用制限が行われるようになりました。

居宅介護支援事業所と契約している利用者には、それぞれ認定ランク（要介護1～5）があり、費用の1～3割の利用者負担でサービスが選べる限度額（区分支給限度基準額）が決められています。

2021年10月以降、事業所と契約しているすべての利用者の限度額を合計し、合計額の7割以上のサービスをケアプランに組み、そのうちホームヘルプ・サービスが6割以上になる場合、ケアマネジャーは事前に市区町村に届け出をして、地域ケア会議などでチェックを受けることになりました。

介護保険制度は認定を受けた人に個別給付するのが原則と説明されてきました。しかし、この見直しは、個別給付の限度額を無視しています。とくに、ホームヘルプ・サービスは居宅介護支援事業所に給付されるかのようです。

しかし、とても複雑な見直しのうえ、現実にはそれほどホームヘルプ・サービスがケアプランに組み込まれるケースはないといわれ、見直しについての介護関係者の反応は鈍いものでした。

高齢化するホームヘルパー

ホームヘルプ・サービスを提供するのは研修を受けたホームヘルパー（訪問介護員）です。

厚生労働省の資料では、1991～2006年度までに研修を修了した人だけでも、約326万人もいるそうですが、ホームヘルパーとして働いているのは約51万人（2021年度）ときわめて低調です。そして、現役ホームヘルパーは介護福祉士の国家資格保持者が約24万人で、約半数になります（5）。

研修を受け、国家資格を持っているにもかかわらず、ホームヘルパーは9割が女性労働者で、非正規、短時間労働が多く、労働条件がいいとはいえません。また、利用者宅を訪問して実際にサービスを提供しなければ、給与が支払われません。利用者が不在の場合や、倒れていて救急車を呼んでも無給です。なによりも、バラエティに富む認知症や身体障害のある利用者の自宅や居室での作業は機械的にこなせるものではなく、細やかな配慮や臨機応変な対応が求められる高度な労働です。難しい仕事であるために、利用者や家族などの介護者からの不満も多くなります。

ホームヘルパーに限らず介護労働者は仕事に「やりがいがある」と思っている人が多いのですが、給与をはじめ労働環境の改善が進まないため、若い世代が就労しない状況が続いています。

5月24日の社会保障審議会介護給付費分科会では、70代のホームヘルパーが要介護状態になったケースが委員から紹介されていましたが、ホームヘルパーの高齢化が進み、とくに都市部では「人材不足」が深刻になっています。

厚生労働省は最近、「少子化」を「人材不足」の理由にしていますが、ホームヘルパーの場合は相次ぐバッシングともいえる給付抑制策に労働意欲を減退させられたこと、また、非正規女性労働者への労働環境の悪さが改善されないことに主因があると考えます。

（5）厚生労働省『2021年介護サービス施設・事業所調査の概況』

「ケア労働」に正当な評価が必要ではないでしょうか？

4月24日、G7の倉敷労働雇用大臣会合では『人への投資』が宣言されました。議長国は日本ですが、「我々は、無償ケア労働を担う人々の負担を和らげ、有償ケア労働に従事する人々のディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を確保し、労働条件を向上させるために、引き続き介護・福祉分野に投資をしていく」という厚生労働省の仮訳が公表されています。

「無償ケア労働」は育児や介護などを担う母親や妻、娘など女性たちが主に担当しています。宣言では「無償ケア労働に関する女性の役割のアンコンシャスバイアス（無意識の偏見）の解消」とあります。

「有償ケア労働」は保育士やホームヘルパー、介護職員など福祉労働者を指しますが、女性が多く従事している分野です。宣言では「介護・福祉従事者の多くは女性であり、この分野の低賃金や厳しい労働環境は労働市場における男女間の格差の要因の一つにもつながっている」として、「労働条件の改善を進め、質を高めることが必要である」としています。

国立社会保障・人口問題研究所（田辺国昭・所長）の『日本の将来推計人口（2023年推計）』は2020年の総人口1億2,615万人が2070年には7割に減少するが、65歳以上人口の割合（高齢化率）は、2020年の28.6%から2070年は38.7%に上昇すると推計しています。

また、認知症については、「2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者」と推計しています（6）。

介護が必要な人の生活を支えるために、働く介護者の両立支援のために、ホームヘルパーに代表される介護労働者のために、アンコンシャスバイアスの早期解消とともに、「生活援助」への正当な評価を行い、ホームヘルパーを安定的に確保することが制度の喫緊の課題だと考えます。

（6）厚生労働省保険局「医療と介護の連携に関する意見交換会」第2回（2023.04.19）資料2「認知症 参考資料1」

参考資料「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」

第1回（2023.04.10）議事録

○田中明美構成員（生駒市役所特命監、厚生労働省）：

- ・（奈良県）生駒市は、後期高齢者の伸びは、全国上位5%に位置するほど団塊の世代の方たちも結構多くいらっしゃる町です。

2014年頃は全国より要介護認定率も高いものと申しましたが、要支援者や虚弱高齢者の分析、ケアマネジメントの適正化を進めたことにより、事態は改善してきたということです。

- ・総合事業の上限額に比しては、3.2億円ぐらい少ない費用で元気な高齢者が出てきています。

○三和清明構成員（NPO法人寝屋川あいの会理事長）

- ・（大阪府）寝屋川で高齢者全体のサポートを人口23万とかで、NPOと市役所が一緒になってやっています。我々の生活支援は、（認知症の問題とか）は関係なく、市民が全ての人に対してできるわけです。専門の技術がなくてもいけるのです。そういうこともよく踏まえて人材を増やす、参入するNPO団体を増やすという世界にしなければいかぬと思います。

だから、途中でやめたりするものをもう一遍早く再開して、早く要介護者を対象にしてほしい。私のところでやっている中でも、要介護の中で1～5までありますが、3以上は、施設に入ったり、いろいろとしていますから、実際に生活支援をしていますのは要介護1・2が中心になっています。

以上