

介護保険制度見直しの方向性 —世代会計の試算結果を踏まえて—

調査部 主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 試算の前提と推計プロセス
 - (1) 前 提
 - (2) 試算のプロセス
3. 世代会計の試算結果
 - (1) 基本ケース
 - (2) 自己負担2割ケース
 - (3) 被保険者20歳以上ケース
 - (4) 低位ケース
 - (5) 保険料
 - (6) 小 括
4. 介護保険制度の見直しに必要な視点
 - (1) エイジレスの視点
 - (2) 介護給付の在り方の再検討
 - (3) 「自助」精神の育成・定着に向けた環境整備

【補論】 ドイツの介護保険制度

要 約

1. わが国の社会保障制度の抱える問題の一つに、大きな世代間格差が存在し、このことが制度に対する現役世代の不信を高めているとの指摘。そこで本稿では、世代会計の手法を用いて介護保険制度の世代間格差の現状を試算するとともに、今後、制度を見直していく際に必要な視点を考察。

2. 試算は、(1) 現行制度が続く「基本ケース」、2020年度に (2) 利用者の自己負担を1割から2割に引き上げる「自己負担2割ケース」と (3) 被保険者の対象年齢を40歳以上から20歳以上に広げる「被保険者20歳以上ケース」、(4) 出生率と死亡率が想定より低く推移し、少子高齢化が想定以上のスピードで進行する「低位ケース」、について実施。低位ケースについては、その他3ケースに比べて寿命が夫婦とも2.5年長くなると設定。夫婦二人からなる世帯の生涯の受益（保険給付）と負担（企業負担を含む保険料。自己負担は含まない）を推計し、負担に対する受益の倍率（1を超えると受益超）を世帯主の生年別にみると、以下の通り。

(1) 基本ケース

現役時に加入していた健康保険別にみると、いずれも後世になるほど倍率は縮小し、生年2010年度の組管掌健康保険（組合）加入者では0.59に低下。介護保険制度が将来世代の負担で成立していることが改めて確認。倍率が1を下回る世代は、組合が生年1975年度、全国健康保険協会（協会けんぽ）が生年1980年度、市町村国民健康保険（国保）が生年1990年度。組合が最も早い、すなわち負担が重いのは、40～64歳に支払う保険料に国庫補助がないことに加えて、2017年度8月以降段階的に導入される総報酬割により、協会けんぽの負担を一部付け替えられるため。

(2) 自己負担2割ケース

倍率の動き、水準とも基本ケースとほぼ同じ結果。これは、保険給付費の減少に伴って受益が減る一方、保険料負担も軽減するため。自己負担の引き上げは、給付費の抑制を通じて保険財政にとってはプラス効果が期待されるが、少なくとも世代会計の観点からはほとんど影響しないことが確認。

(3) 被保険者20歳以上ケース

自己負担2割ケースと同様、基本ケースと大きな違いはなし。これは、これまで給付対象外だった20～39歳もサービス利用が可能になり受益が増える一方で、保険料の納付期間の長期化に伴って負担も増えるため。被保険者の年齢範囲の拡大は、保険料負担の平準化や高齢者の保険料負担の軽減にはつながるが、生涯というより長いスパンで見ると、負担はかえって増える結果に。

(4) 低位ケース

受益が寿命の伸長に伴って大きく増える一方、負担は受益ほど増えないため、倍率は基本ケースに比べて改善。組合加入者の場合、倍率が1を下回るのは生年1990年度で、生年2010年度の世代の倍率は0.82に。もっとも、これをもって世代間格差が是正され、制度の持続可能性が高まるとの判断は早計。保険料の負担能力を考慮すると、制度の存続すら危うくなる懸念大。

例えば、40～64歳の保険料率は、2015年度の1.57%から2100年度には8.09%（基本ケースでは5.68%）に上昇、医療と年金を併せると50%近くに。将来的に消費税率の引き上げが必至なもと、所得の半分近くを保険料として負担することが可能か、甚だ疑問。

3. 以上を踏まえて、わが国の介護保険制度の見直しに必要な視点を考察すると、以下の3点。

第1は、エイジレス化の視点。わが国の介護保険制度は、受益、負担両面において「年齢」という要素が強いが、世代公平の観点からその妥当性を改めて検証すると同時に、必要であればエイジレスな仕組みに変えていく必要。

第2は、介護給付の在り方をゼロベースで見直す視点。自己負担の引き上げや被保険者の対象年齢の拡大等、これまで政府によって議論されてきた案では、世代間格差の是正や保険料の軽減の効果は期待薄。負担可能な範囲に給付を抑制するためには、給付水準の大幅なカットや要介護認定の厳格化等、従来発想の域を超えた政策の立案・断行が不可欠。

第3は、「自助」精神の育成・定着に向けた環境を整備する視点。大胆な給付切り下げは利用者や家族の負担増加を伴うことを考慮すると、個々人が早い段階から将来の介護リスクに備えておく必要。政府も、学校段階から自助の必要性を啓蒙すると同時に、介護と仕事の両立が可能な環境を整備する等、自助に向けた国民の取り組みをサポートすることが求められる。

1. はじめに

国民の安心・安全を守るはずの社会保障制度の持続可能性に黄信号が点っている。その背景の一つに、世代間の不公平感の高まりがある。制度維持のために保険料や消費税率の引き上げが議論されるなか、自分たちが高齢になったときに現在と同水準の給付を受けられるのか、あるいは制度そのものが破綻するのではないかという将来不安が、制度の主な支え手である現役世代において強まっているためである。

なかでも介護保険制度は、受給権が原則的に認められる65歳まで25年間、対価なき負担を求められる仕組みであり、その負担は介護費用が膨張し続けるもとで急増している（注1）。今後、介護にかかわる負担は年金や医療を上回るスピードで増加する見通しであるが（注2）、将来の給付が約束されている年金、生命にかかわる医療に比べて、介護は給付削減の余地が大きい。加えて、年金と医療ではマクロ経済スライドの導入や後期高齢者医療制度の創設等、構造的な見直しが行われてきたのに対し、介護ではこれまで部分的な見直しにとどまっておき、抜本改革の裾野が広い。社会保障費用の抑制圧力が年々強まるもとで、介護サービスの利用だけでなく、制度自体の存続に対して、国民、とくに現役世代が不安や不信を抱いたとしてもやむを得ないであろう。

もっとも、介護保険制度は創設から18年目を迎え、すでに第3の社会保障制度としてわが国に定着している。今後労働力人口の減少が不可避なもと、介護と仕事の両立を支援する介護保険制度の維持は、持続的な経済成長を続けるうえでも重要である。制度に対する国民、とくに現役世代の納得と信頼を確保し、制度の持続可能性を高めるために、今、政府がすべきことは、100年安心の制度改革と謳って、利用者負担の引き上げ等の一時的な給付費抑制策を講じるのではなく、世代間格差の現状、将来の負担や保険財政の見通しをはじめ、国民にとって必ずしも喜ばしくない情報を包み隠さず開示し、制度の抜本改革に対する理解を求めることと考える。政府が改革に向けた覚悟や真摯な姿勢を国民に示すことで、痛みを伴う改革を国民が支持し、結果的に100年安心な制度の実現が可能になるのではなかろうか。

こうした問題意識のもと、本稿では、世代会計の手法を用いて介護保険にかかわる世代間の格差の現状を示すとともに、今後、持続可能な制度の構築に向けて見直しを進める際に必要な視点を考察する。

本稿の構成は、次の通りである。まず、次章では、世代会計の前提条件と試算のプロセスを記述する。続く第3章では、①現行制度を維持する「基本ケース」、②利用者負担を現在の原則1割から2割に拡大する「自己負担2割ケース」、③被保険者の対象年齢を40歳以上から20歳以上に引き下げる「被保険者20歳以上ケース」、④少子高齢化が想定以上に加速する「低位ケース」、の四つのケースについて試算した結果を示す。最後の第4章では、介護保険制度の持続可能性確保に向けて、今後見直しを進めるうえで必要な視点を考察する。

（注1）介護費用は2000年度の3.6兆円から2014年度には9.3兆円と、14年間で2.6倍に膨らんだ（厚生労働省「介護保険事業状況報告」）。

（注2）厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（2012年3月、改革の効果を反映しないケース）によると、2015年度から2025年度にかけて年金が56.5兆円から60.4兆円、医療が39.5兆円から54.0兆円に増加するのに対し、介護は10.6兆円から19.7兆円へ約2倍に増加する見通しである。

2. 試算の前提と推計プロセス

世代会計とは、個人や世帯の生涯の受益と負担を集計し、世代間で比較する手法である。本稿では、介護サービスの形で受け取る保険給付費を受益、毎月支払う保険料（企業負担を含む）を負担とし（注3）、利用者の自己負担は除いている。制度がスタートした2000年度から2110年度までの一人当たり受益と負担の額を5歳階級別に推計し、2015年度価格に割り引いた後、各世代について集計している。

試算の前提と具体的な推計プロセスは、以下の通りである。

(1) 前提

世代会計の集計単位は、夫と専業主婦の妻からなる世帯とする。夫婦の生年は同じで、夫は84歳、妻は89歳まで生存する。また、夫は40歳から64歳まで同じ健康保険、具体的には組合管掌健康保険（組合）、全国健康保険協会（協会けんぽ）、市町村国民健康保険（国保）のいずれかに加入し続けるとした。対象となる世代は、生年1915～2010年度である。

将来推計に必要なデータについて、まず人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位に従った。また、一人当たり介護費用の伸び率は、過去の伸び率から年齢要因を控除して2.0%とした。賃金上昇率は、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成29年1月25日）」のベースラインケースの一人当たり名目GNIを採用した（図表1）。

（図表1）試算の前提

	(%)									
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024～年度
名目GDP	2.8	1.5	2.5	1.7	1.9	1.8	1.4	1.3	1.3	1.3
一人当たり名目GNI	3.2	1.5	3.0	2.5	2.5	2.1	1.7	1.7	1.8	1.9

（資料）内閣府「中長期の経済財政に関する試算（2017年1月25日）」

最後に、現在価値に割り引く際に使用した割引率は、増島他 [2009] に従って名目経済成長率に1.5%ポイント加えた値とした（注4）。ちなみに、名目GDP成長率は、賃金上昇率と同じく内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成29年1月25日）」のベースラインケースに従った（注5）。

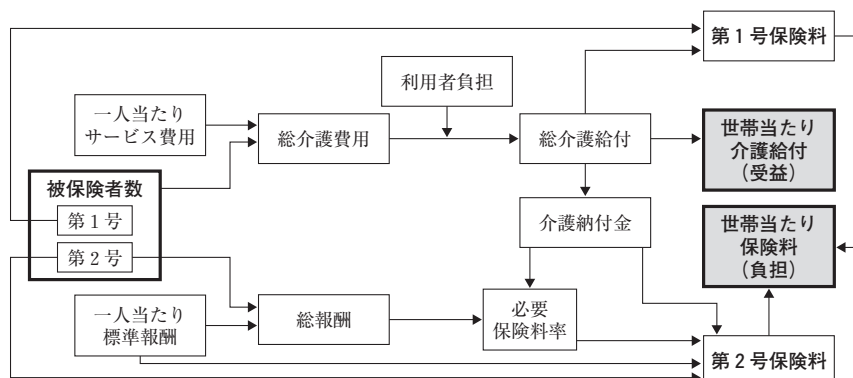
(2) 試算のプロセス

試算のプロセスを、①被保険者数、②介護保険サービスの利用者数、世帯当たり受益と負担のベースとなる③一人当たり介護給付費と④一人当たり保険料、についてみると、以下の通りである（図表2）。

A. 被保険者数

被保険者は65歳以上の第1号と40～64歳の第2号の2種類があり、各々の人数は厚生労働省「介護事業状況報告」に総数が掲載されている。本稿では5歳階級別に受益と負担を求めるので、被保険者数も人口統計をもとに5歳階級に細分化した。

(図表2) 試算のプロセスの概要



(資料) 日本総合研究所作成

さらに、第2号被保険者については、64歳まで夫が組合、協会けんぽ、その他被用者制度、国保に加入するかによって人数を分けた。これは、後述の通り、第2号被保険者の保険料は健康保険を通じて徴収されており、その算定基準は各健康保険によって異なるためである。

具体的には、まず、組合と協会けんぽについては、厚生労働省保険局「健康保険・船員保険事業年報」(2007年以前は社会保険庁「事業年報」)に各制度の本人・家族別の加入者数が掲載されている。もっとも、これは総数なので、厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査」(2009年以前は「健康保険被保険者実態調査」)の年齢階級別、本人・家族別・男女別の加入者数の分布に従って按分した(注6)。その他被用者制度についても同様に算出し、これら被用者制度の人数を総人口から控除することにより、国保の年齢階級別第2号被保険者数を求めた。

将来については、第2号被保険者については、各被用者制度の年齢階級別加入率(加入者数÷人口)が直近の値で変わらないと仮定し、これに将来推計人口を乗じて各被用者制度と国保の人数を求めた。一方、第1号被保険者については、将来推計人口の各歳別人口を利用した。

B. 利用者数

介護保険サービスの利用者数は、年齢階級別(40～64歳、65歳以上は5歳階級別)・要介護度および要支援度別(要支援1～2度、要介護度1～5度の計7段階、以下、要介護度別)・サービス種類別(居宅、地域密着、施設の3種類)に「介護給付費等実態調査」(2014年度以前は「介護給付費実態調査」)に掲載されている。

将来については、被保険者の何%がサービスを受給しているかという利用率を年齢階級別に求め、この値が直近の水準で将来も変わらないとして計算した。

C. 一人当たり介護給付費(受益)

年齢階級別一人当たり給付費は、(イ)年齢階級別の費用額(給付費+利用者負担)、(ロ)年齢階級別の利用者負担額、(ハ)(年齢階級別費用額-年齢階級別利用者負担額)÷年齢階級別人口、の三つのステップで計算した。

具体的に、まず、費用額については、「介護保険事業状況報告」に実際の総介護費用が掲載されている。これを年齢階級別に分けるため、一人当たり費用額に利用者数を乗じて仮の年齢階級別介護費用と仮の総介護費用を求めた。次に、実際の総介護費用を仮の総介護費用で除して調整係数を計算した。最後に、仮の年齢階級別介護費用に調整係数を乗じて、年齢階級別の介護費用を算出した。一人当たり費用額は、年齢階級別・要介護度別・サービス種類別のデータが「介護給付費等実態調査」に掲載されているが、福祉用具購入費や住宅改修費等、市町村が直接支払う費用がカウントされない等、「介護保険事業状況報告」とはベースが異なる。このため、調整係数で、仮の介護費用を実際の介護費用に換算している。

将来については、②で求めた要介護度別・サービス種類別の利用者数に、年2.0%で上昇する各々の一人当たり費用額を乗じて仮の介護費用を年齢階級別に求め、それに直近の調整係数を乗じて計算した。

次に、利用者負担は、費用額の原則1割であるが、低所得の施設入所者に対して食費・居住費を補助する「補足給付」（「特定入所者介護サービス費」）、一定以上の利用者負担を保険から利用者に払い戻す「高額介護サービス費」と「高額医療合算介護サービス費」があるため、実質的な負担は1割に満たない（注7）。そこで、「介護保険事業状況報告」に掲載される費用額と給付費、補足給付、高額介護サービス費と高額医療合算介護サービス費から実質的な利用者負担を求めた。将来の利用者負担については、直近の実質的な利用者負担の費用額に対する比率が変わらないとして計算した（注8）。

最後に、年齢階級別の給付費は、年齢階級別費用額から実質的な利用者負担を控除して求めた。これを各階級の被保険者数で除した値が、一人当たり介護給付費となる。

D. 一人当たり保険料（負担）

介護給付費の財源は、半分が公費（うち国が2分の1、都道府県と市町村が各々4分の1）、残りの半分が保険料であり、保険料は第1号と第2号で別々に徴収される。第1号と第2号被保険者の負担割合は、各々の頭数である。

まず、第1号の保険料は、所得水準に応じて加算・減算が行われるものの、その基準は負担総額を65歳以上人口で割った金額である。したがって、1号の保険料は、「給付費×50%（保険料負担分）×65歳以上人口÷40歳以上人口」で計算される。

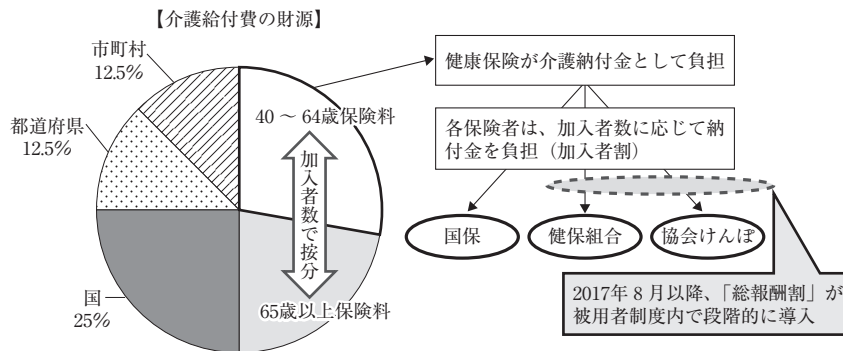
一方、第2号の保険料は、「介護納付金」として各健康保険が医療保険の保険料と併せて徴収する。

これまで、介護納付金は、各健康保険の加入者数に応じて各健康保険に割り当てられた後、医療保険の保険料と同じ算定基準で各被保険者（本人）に請求されていた。具体的には、国保では、均等割（頭数に応じた人头割）と所得割の2方式、均等割、所得割、平等割（世帯単位で課される世帯割）の3方式等、各保険者の基準に則って一人当たり保険料が計算された。保険料には50%の国庫補助がある。

一方、組合や協会けんぽ等の被用者制度では、保険者毎に納付金負担額を40～64歳本人の総報酬で除して保険料率を求め、それを各人の所得に乗じて一人当たり保険料が計算されていた。協会けんぽの保険料には16.4%の国庫補助がある。

2017年8月以降、被用者制度の算定方式が段階的に変更される（図表3）。具体的には、各人の保険料を求める際に使用していた保険料率が、被用者制度内で一本化される。この方式は「総報酬割」と呼

(図表3) 第2号被保険者保険料の算定基準の見直し



(資料) 厚生労働省資料を基に日本総合研究所作成

ばれ、被用者制度では所得捕捉が可能なることから、負担能力平準化を名目に導入されることになった。総報酬割導入のスケジュールは、2017年度8月に介護納付金の2分の1、2019年度に4分の3、2020年度以降は100%であり、これに伴って協会けんぽへの国庫補助も段階的に廃止される。

以上を踏まえて第2号の一人当たり保険料の計算方法を改めて整理すると、まず、国保では、国保が負担すべき納付金額を40～64歳国保加入者で割って計算した。本来なら年齢階級別の所得格差を考慮すべきであるが、保険料の算定方式が保険者によって異なるため、年齢に関係なく単純平均を採用した。

一方、組合と協会けんぽでは、負担すべき納付金額と総報酬より計算した。総報酬は、「健康保険・船員保険被保険者実態調査」に掲載される年齢階級別・男女別の標準報酬月額に健康保険の40～64歳男女別の被保険者数を乗じて求めた(注9)。

(注3) 負担には、その他に税金もある。もっとも、本稿は保険制度の世代間格差に焦点を当てているため、保険料のみを負担とした。

(注4) 増島[2009]では、割引率として利子率が用いられており、その利子率は金利成長率格差一定と想定されている。わが国では、名目長期金利が名目成長率を1990年代において1.5%上回っていたことから、成長率+1.5%で利子率が決定されるとしている。

(注5) 名目GDP成長率を2022年度以降1.3%で一定と置くことについては、労働力人口の減少を反映させるべきとの指摘もあろう。もっとも、本稿では単純化と客観性を考慮して、敢えて一定としている。後で触れる通り、これにより割引率が過大評価され、将来価値が過少に算出されている可能性があることには留意が必要である。

(注6) 詳細は飛田[2017]を参照されたい。

(注7) 厚生労働省によると、実質的な利用者負担は費用額の7.7%である(厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料(2016年10月19日))。

(注8) 次章では、補給給付を廃止するケースについても世代会計を試算している。補給給付の将来の金額は、施設サービス費用に対する比率が直近の値で一定として求めている。

(注9) 本来なら賞与もカウントすべきであるが、経済状況によって大きく変動するため、本稿では含まれていない。このため、保険料率が実際の値に比べて高くなる点に留意が必要である。

3. 世代会計の試算結果

介護保険では、利用者負担の引き上げや被保険者の年齢対象の拡大等が制度の見直しの度に議論されてきた。これらの見直しが実現した場合、世代会計にどのような影響があるのかを評価する観点から、

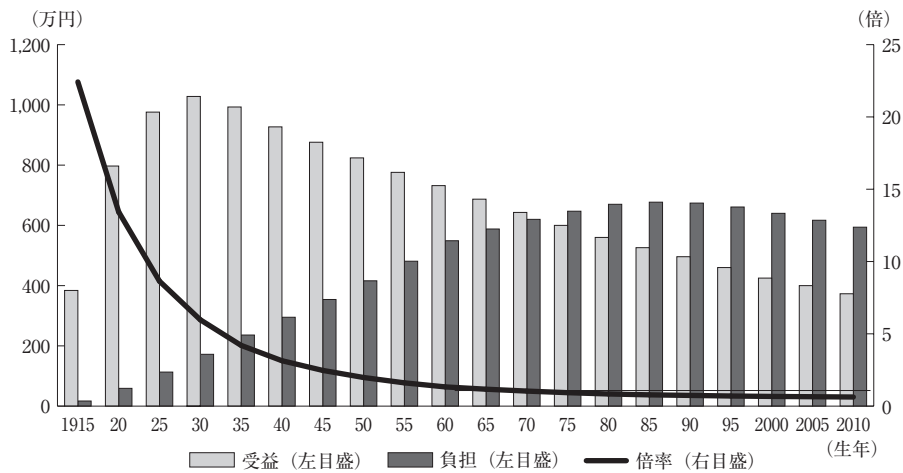
①現行制度を維持する「基本ケース」に加えて、②2020年度に利用者負担を一律2割に引き上げる「自

己負担2割ケース」(同時に補足給付を廃止)、同じく③2020年度に第2号被保険者の年齢対象を40歳以上から20歳以上に引き下げる「被保険者20歳以上ケース」を試算した。加えて、④少子高齢化が想定以上に進むケース、具体的には人口推計の前提として出生・死亡とも低位を採用した「低位ケース」(注10)も試算した。低位ケースでは、平均寿命の延長を考慮して、男女とも2.5歳基本ケースに比べて長生きするとした(したがって、寿命は男性86.5歳、女性91.5歳)。

(1) 基本ケース

現役時に組合に加入していた世帯の生涯の受益・負担額と負担に対する受益の倍率(以下、受益/負担倍率)を世代別にみると、図表4の通りである。受益は生年1930年度、負担は生年1985年度をピークに減少に転じるが、これは、名目GDPを長期的に一定と置くことで割引率が過大評価されているためと考えられる。受益と負担のバランスが世代によってどう異なるのかを確認するため、以下では受益/負担倍率を中心にみることにする。

(図表4) 組合の世代別受益・負担額(基本ケース)

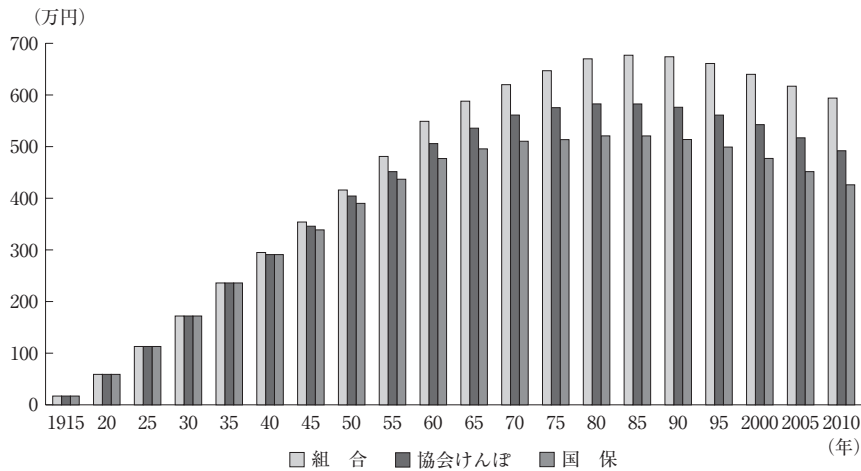


(資料) 日本総合研究所作成

組合の受益/負担倍率は、生年1915年度の22.42倍から生年1945年度の2.47倍まで急速に低下した後、生年1975年度で0.93倍と1を下回り、受益超から負担超に転じる。生年2010年度には0.59倍まで低下する。

次に、協会けんぽと国保の受益/負担倍率は、基本的には組合と同じ動きであるが、水準が1を下回るのは協会けんぽが生年1980年度、国保が生年1990年度と、組合より若干改善する。これは、受益は加入する健康保険にかかわらず金額が同じである一方、負担は保険料算定方式や所得水準の違い、国庫補助の有無等により、組合、協会けんぽ、国保で異なるためである(図表5)。具体的には、協会けんぽの負担が組合より軽いのは、完全に総報酬制に移る2019年度まで国庫補助があったことに加えて、総報酬制の導入後は、相対的に所得水準の高い組合に負担の一部がシフトしたためである。また、国保の保険料負担が最も軽いのは、保険料の50%に国庫補助が投入されるためである。

(図表5) 健康保険別の負担額 (2015年度価格)



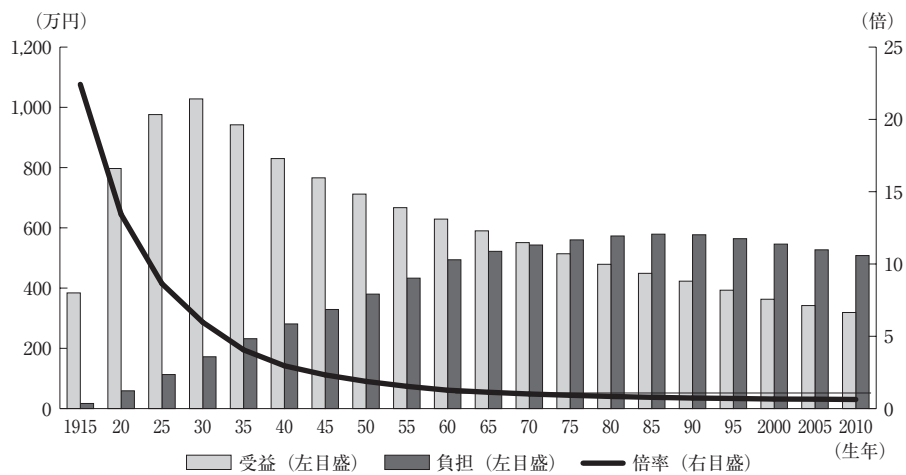
(資料) 日本総合研究所作成

(2) 自己負担2割ケース

次に、2020年度に利用者の自己負担を原則1割から2割に引き上げるケースである。同時に、食事・居住費を補助する補足給付も廃止する。

結論を先取りすると、保険給付費の減少に伴って受益が基本ケースに比べて減り、保険料負担も軽減する(図表6)。この結果、受益/負担倍率は基本ケースとほとんど変わらず、1を下回る世代も基本ケースと同じ生年1975年度(0.92倍)、生年2010年度の倍率も同じ0.59倍である。

(図表6) 組合の世代別受益・負担額 (自己負担2割ケース)



(資料) 日本総合研究所作成

自己負担の引き上げは、需要減による給付費の抑制を通じて保険財政にとってはプラス効果が期待されるが、少なくとも受益/負担倍率で評価する世代会計の観点からはほとんど影響がない結果となった(注11)。協会けんぽ、国保についても基本的には同じ結果なので省略する(以下、同じ)。

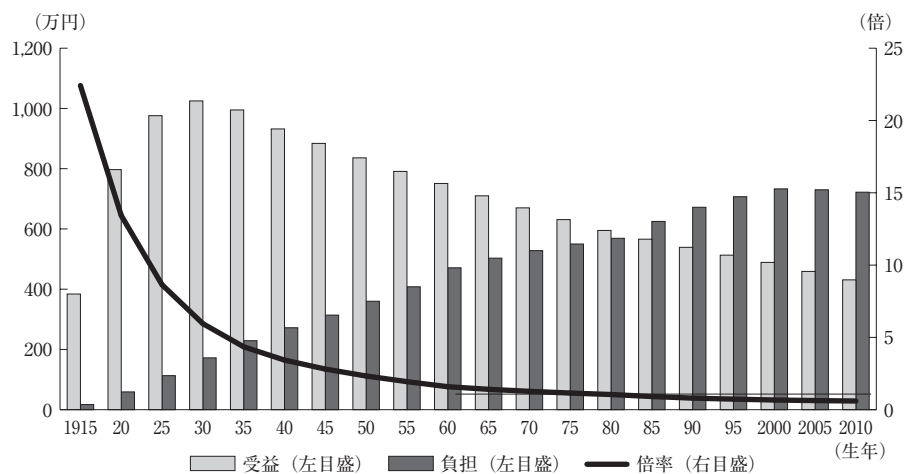
(3) 被保険者20歳以上ケース

本ケースでは、2020年度に被保険者の年齢対象を40歳以上から20歳以上に拡大する。これに伴い、20～39歳も40～64歳と同様に保険料を支払う一方、加齢を要因とする病気等で要介護状態になった場合には介護サービスを利用できるようになる。なお、20～39歳の介護サービスの利用率と一人当たり費用額は40～64歳と同じとする（注12）。

結果は図表7の通りであり、受益、負担とも基本ケースを上回ることになる（図表7）。これは、まず受益では、これまで介護給付の対象外だった20～39歳もサービスを利用できるようになるためであり、一方負担では、単年度の保険料は減少するものの、保険料を支払う期間が長くなるためである。もっとも、受益/負担倍率でみると基本ケースとほぼ同じで、倍率が1を下回るのは生年1985年度である。

被保険者の年齢範囲の拡大は、保険料負担の平準化や高齢者の保険料負担の軽減という効果は期待できるが、生涯というより長いスパンでみると、負担はかえって増えることになることが確認された。

（図表7）組合の受益・負担額（被保険者20歳以上ケース）



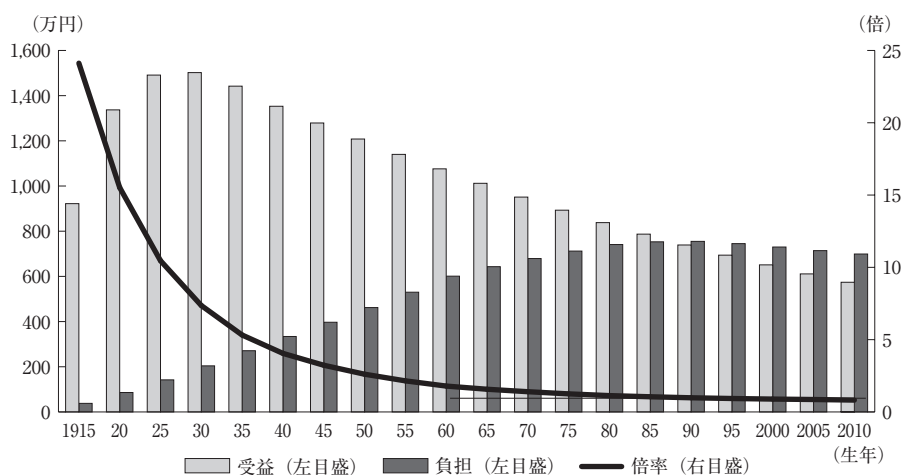
（資料）日本総合研究所作成

(4) 低位ケース

上記3ケースは、出生、死亡とも中位の人口推計を前提にしている。もっとも、出生や死亡の今後の動向は、経済・社会環境や社会情勢、医療技術等、様々な影響を受けるため、正確に予測することは不可能である。高齢化は望ましい現象であるが、少子化が一段と進む場合、賦課方式で運営される介護保険財政へのダメージは大きく、今から対応策を講じておく必要がある。そこで、保険財政にとって最悪シナリオともいえる出生低位・死亡低位の人口推計を前提に置いたケースを推計してみた。

まず、受益は、寿命の伸長によってサービスの利用期間が長くなるので、基本ケース対比増加する（図表8）。一方、負担は、保険料納付期間が伸びるものの、第1号被保険者の保険料は給付費の3割にも満たないので、受益の増加ほどには増えない。受益/負担倍率が1を下回るのは、基本ケースより後の生年1990年度であり、生年2010年度には0.82まで低下する。倍率の水準は、基本ケースより高くなる結果となった。

(図表 8) 組合の世代別受益・負担額 (低位ケース)



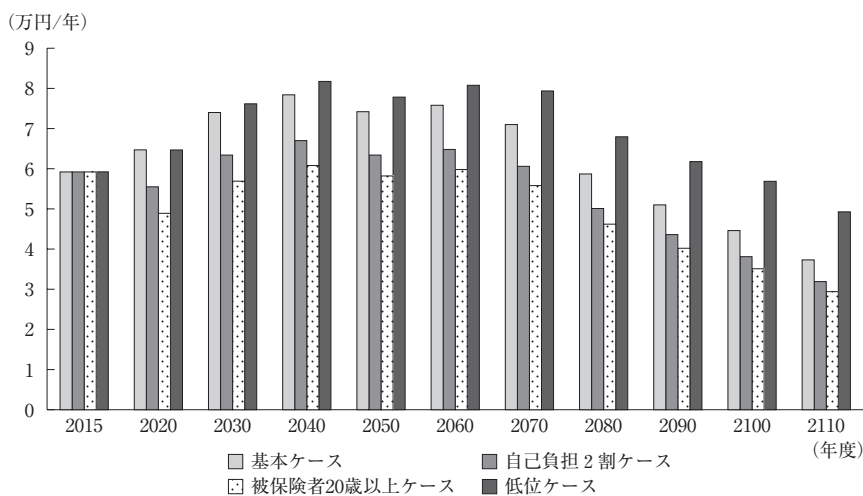
(資料) 日本総合研究所作成

(5) 保険料

最後に、保険料負担が将来どうなるのか確認する。

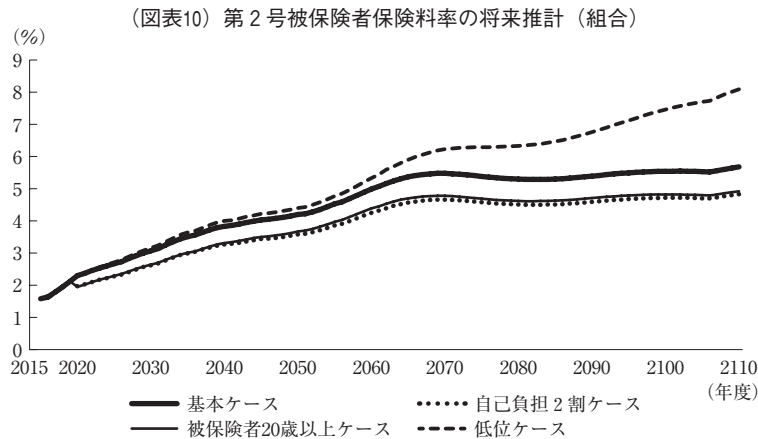
まず、第1号被保険者の一人当たり保険料(2015年度価格、年額)は、基本ケースでは2015年度の5.9万円から2040年度の7.8万円をピークに減少に転じ、2110年度は3.7万円である(図表9)。2040年度以降保険料が減るのは、前述の通り、割引率が過大評価されているためと考えられる。ちなみに、名目価格は、2025年度9.7万円、2050年度23.2万円、2110年度81.9万円と上昇を続ける。自己負担2割ケースと被保険者20歳以上ケースでは、基本ケースに比べて保険料が幾分抑制されるものの、基本的には同じ動きをする結果となった。低位ケースでは、2040年度をピークに減少に転じるのは基本ケースと同じであるが、その水準は基本ケースより1万円程度高い。ちなみに、ピーク時の2040年度の保険料は8.2万円である。

(図表 9) 第1号被保険者保険料の将来推計 (2015年度価格)



(資料) 日本総合研究所作成

一方、第2号被保険者の保険料負担として組合の保険料率をみると、基本ケースでは、2015年度の1.57%から2070年度の5.48%まで上昇した後、頭打ちする結果となった（図表10）。2110年度は5.68%である。自己負担2割ケースと被保険者20歳以上ケースでは、保険料率の水準は基本ケースに比べて若干低くなるものの、動きは基本ケースと同じである。これらに対して低位ケースでは、保険料率は2100年度の8.09%まで上昇を続けることが確認された。



(資料) 日本総合研究所作成

(6) 小 括

以上の推計結果を要すると、以下の3点である。

第1に、試算結果より、介護保険制度の受益・負担関係には、現在の高齢者世代とその後の世代の間で大きな格差が存在することが改めて確認された。もっとも、同制度が2000年度に創設されたことを考慮すると、現在の高齢者世代が負担の2倍超の受益を得ていることは当然ともいえる。

注目すべきは、受益/負担倍率が1を下回った後も、後世になるほど低下し続ける点である。このことは、介護保険制度が将来世代への負担の転嫁で成立していることを示唆している。今後少子高齢化のさらなる進行が必至なことを考えると、これ以上世代間格差が拡大しないような対策を早急に打ち出す必要がある。ちなみに、年金や医療でも生年1960～80年度を境に負担が受益を上回るようになり、将来世代になるほど受益/負担が低下することが確認されている（注13）。介護だけでなく社会保障制度そのものに対する現役・将来世代の支持を得るためには、制度の見直しに際して、世代公平の視点が不可欠といえよう。

第2に、利用者自己負担の引き上げや被保険者の対象年齢の拡大等、介護保険の見直しの度に議論されてきた案では、世代間格差の是正は期待薄であり、保険料負担に与える影響も限定的である。

第3に、保険料の負担能力の耐久性を確認する必要がある。基本ケースでは、第1号被保険者の保険料は将来的に減少に転じ、第2号被保険者（組合）の負担は頭打ちになるとの結果であった。もっとも、これは、名目GDP成長率や賃金上昇率の前提による部分が大きく、仮にこれらの前提が崩れた場合、あるいは少子高齢化が想定以上に進む場合、保険料負担の上昇は不可避である（注14）。

加えて、社会保障にかかわる負担は介護だけでない。年金の保険料引き上げスケジュール、および医

療保険財政の将来推計を行った飛田 [2017] を踏まえると、75歳以上の医療と介護にかかわる保険料は、2015年度の年13.4万円から、2050年度には17.5万円、2100年度には15.2万円に増加する（注15）。また、組合の保険料率は、年金、医療、介護計で2015年度の30%から、2050年度には38.3%、2100年度には47.2%に上昇する（注16）。年金の実質的な給付水準が低下し、また所得税や消費税をはじめとする保険料以外の負担増が見込まれるなか、高齢者だけでなく現役世代がこのような負担に耐えられるか、疑問を感じざるを得ない。介護保険制度の持続可能性を確保するためには、世代公平の改善を通じて制度に対する現役・将来世代の理解と同意を得ると同時に、介護給付の大幅なカットを断行し、負担能力の持続可能性を確保する視点が求められよう。

(注10) 低位ケースでは、中位ケースに比べて出生数が少なく、死亡数も少なくなる（より長生きする）ので、少子高齢化がより速く進むことになる。

(注11) 自己負担の引き上げは、主な利用者である65歳以上であることから、自己負担を含めたベースでは世代間格差の是正につながるように思われるかもしれない。しかし、現在の現役世代も将来的には65歳以上になり、現行より多い自己負担を支払うことになるので、受益/負担倍率の水準が基本ケースに比べて低下するに過ぎない。医療保険において、後期高齢者の自己負担の割合を引き上げた場合でも、同様の結果が得られている（飛田 [2017]）。

(注12) 20～39歳の利用率は40～64歳に比べて低いと思われるが、データの制約上、同水準と仮定した。ちなみに、40～64歳の利用率は0.3%である。

(注13) 年金については、所轄官庁である厚生労働省自身が世代会計の試算結果を公表している。また、鈴木 [2000]、鈴木他 [2012] でも社会保障制度の世代間格差が確認されている。

(注14) もちろん、最悪シナリオが実現しないよう、引き続き少子化対策に取り組むことは重要である。

(注15) 飛田 [2017] によると、後期高齢者の健康保険料は、2015年度の7.5万円から、2050年度には10.1万円、2100年度には10.7万円に上昇する見通しである。

(注16) 同じく飛田 [2017] によると、組合の健康保険料率は、2015年度の10.4%から、2050年度には15.8%、2100年度には23.2%に上昇する見通しである。ただし、介護も医療も賞与を含まない年収をベースにしているため、実際の料率はこれらより低くなる点に留意が必要である。

4. 介護保険制度の見直しに必要な視点

以上を踏まえて、持続可能性の確保に向けて介護保険制度を見直す際に必要な視点を考察すると、以下の通りである。

(1) エイジレスの視点

第1は、エイジレスの視点である。

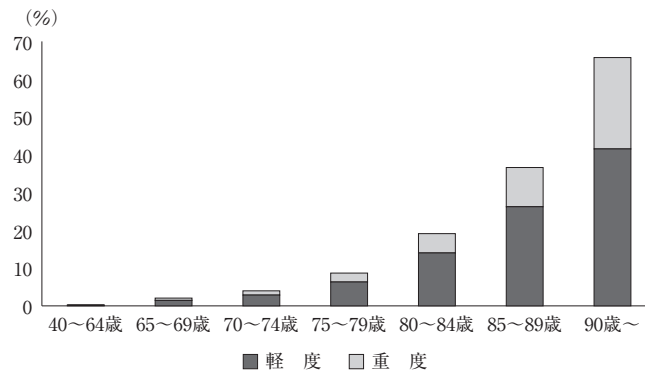
介護保険制度は、将来世代への負担転嫁で成立していることが確認された。賦課方式で運営されているため、少子高齢化が進むもとでやむを得ないとの意見もあろうが、年金と医療でも同様の結果が報告されていることを踏まえると、制度の見直しにおいて、これ以上格差が広がらないような配慮は必要不可欠である。現状を放置した場合、負担の主な担い手である現役・将来世代の不安や不信が強まる結果、介護のみならず社会保障制度全体の持続可能性が揺らぐ可能性は否定できない。

とくに介護保険制度は、受益、負担の両面において「年齢」という要素が強い。その内容と妥当性を改めて検討すると、まず、受益については、給付対象は原則65歳以上であり、40～64歳には、加齢による要因で要介護状態になった場合に限定されるという「加齢要件」がある。不慮の事故や知的・精神的な要因により要介護状態になった者はサービスを利用できないが、介護を必要とする点では同じである。

医療でも75歳以上は後期高齢者として別建ての制度でカバーされるが、75歳以上のみが利用できる特別なサービスはない。医療は生命にかかわるので介護と同一に論じるのは無意味、との指摘もあろうが、人間らしい生活を送ることは人権の基本である。自立した暮らしを営むために介護が必要な場合において、「加齢」を要件にすることの意義は果たしてどこにあるのだろうか。

また、同じく医療では、後期高齢者を75歳以上とした理由のひとつとして、75歳以上になると複数の疾患を抱え治療が長期化するケースが増えるという臨床データが示された。そこで、介護について要介護発生率（要介護認定者数÷人口）を年齢階級別にみると、急上昇するのは65歳以上ではなく、むしろ75歳以上である（図表11）。65歳以上とする科学・客観的な理由は見当たらない。

（図表11）年齢階級別の要介護発症率（2015年度）



（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告」等を基に日本総合研究所作成

次に、負担については、保険料徴収の対象は40歳以上である。その理由として、制度創設当初では介護を身近に感じるので負担を得やすいことが挙げられていたが、介護の社会化、社会的入院の解消といった制度本来の趣旨を考慮すると、40歳以上に限定する根拠は乏しいと思われる。

このようにみると、介護保険制度において「年齢」を強調する必要性は低く、受益、負担の両面において「エイジレス」化を進めるべきと考える（注17）。

（2）介護給付の在り方の再検討

第2は、介護給付の在り方をゼロベースで見直す視点である。

利用者自己負担の引き上げや被保険者の年齢対象の拡大をはじめ、これまで政府で議論されてきた見直し案は、保険料負担の抑制に関して限界的な効果しかないことが確認された。介護保険制度を維持していくためには、保険料負担が可能な範囲に給付を抑えることが大前提である。経済成長や人口推計等の前提が崩れた最悪なシナリオでも耐えうる強靱な制度に再構築するためにも、給付費の大幅カットに向け、従来発想の域を超えた政策の立案・断行が求められよう。

そこで参考になるのが、わが国の介護保険制度の手本となったドイツである。ドイツでは、要介護度の認定基準がわが国に比べて厳しく、わが国の要介護度3以上の者が給付対象である。給付水準も、同じレベルの要介護度で比べると、わが国の半分程度である。2017年に制度が見直され、要介護度が5段

階に増えると同時に、給付水準も引き上げられたが、要介護度段階の増設は、身体介護重視の要介護認定が認知症患者を軽度に評価しているという指摘に応えたものであり、また、給付水準も最高でもわが国の3分の2程度である（補論を参照）。保険料率が、施設給付が始まった1996年7月の1.7%（注18、子供のいない23歳以上は1.95%）から2016年末の2.35%（同2.6%）へ、20年間で0.65%ポイントの引き上げに収まっている背景には、給付の対象や内容が厳しく設定されていることが指摘されよう。

翻ってわが国をみると、予防という本来は介護ではないサービスを必要とする者も給付対象である、家事サービスをメインとする生活支援も給付内容に含まれる、入所者に対する食事・居住費を補助する補足給付も保険財政から支給される等、ドイツに比べるとかなり大盤振る舞いである。要支援を介護保険でカバーする必要があるのか、生活支援の利用がメインの軽度者を要介護者と認定するのか、生活支援や補足給付を介護保険から支給すべきかを含め、持続可能性の確保にふさわしい介護保険給付の在り方を再検討する必要があるだろう。

(3) 「自助」精神の育成・定着に向けた環境整備

第3は、「自助」精神の育成・定着に向けた環境を整備するという視点である。

わが国の介護保険制度は、原則65歳以上にかかわる保険給付を、公費を通じた「公助」と保険料による「共助」で支える仕組みである。しかし、今後、保険給付の大幅な引き下げを背景に利用者や家族の経済的・身体的負担が増加し、「自助」の部分の拡大が不可避なことを考慮すると、早い段階から「自助」の精神が国民に根付くような環境を整備する必要がある。

そもそも介護保険制度は、受給権を持つ65歳以上の間でリスク・シェアが成立せず、給付財源の7割強を税と40～64歳からの支援金に依存しており、「保険」よりむしろ「措置」に近い制度である。要介護状態にならないよう生活習慣を見直す、在宅生活の限界ラインを引き上げるために居住環境を整備する、保険外サービスの利用に備えて貯蓄する等、介護保険制度に依存しないよう若年期から国民自らが「自助」に努めることは、ある意味当然ともいえよう。

政府に対しては、学校教育の段階から自助の必要性を国民に啓蒙すると同時に、介護と仕事の両立が可能になる勤務形態の多様化・柔軟化を促進する、積立型の介護保険商品が普及・定着するよう税制面で優遇する、リバース・モーゲージが定着するよう中古物件市場を活性化する等、自助に向けた国民の取り組みをサポートすることが求められる。

最後に、現在、高齢者の定義を見直すべきとの意見がある。しかし、健康状態や経済状況は個人によって大きく異なり、その傾向はとくに高齢者で強いことを考慮すると、何歳以上を高齢者と定義するかという議論は不毛に思われる。わが国では、高齢者を優遇するのは当然とみる風潮が強いが、海外では、逆に差別と捉われるケースが多いと聞いたことがある。今後、介護をはじめ社会保障制度の見直しを進めていく政府だけでなく、我々国民においても、「エイジレス」の視点が必要ではなかろうか。

（注17） 支援費制度との統合も検討課題の一つである。

（注18） ドイツで介護保険制度がスタートした1995年当初、給付内容は居宅サービスと現金のみで、保険料率は1.0%であった。

【補論】ドイツの介護保険制度

ドイツの介護保険制度は1995年にスタートした。その概要は、以下の通りである。

まず、保険者は「介護金庫」である。介護金庫は、わが国の健康保険に相当する「疾病金庫」のなかに設けられており、その組織は疾病金庫の組織が兼ねている。すなわち、ドイツでは健康保険と介護保険の運営主体は一定的に運営されており、わが国より構造がシンプルである。

要介護認定は、各種の疾病金庫によって州レベルで共同設置された「医療保険のメディカルサービス(MDK)」が担当する。認定の基準は、身体的、知的、精神的な病気や障害によって6カ月以上の介護が必要か否か、であり、給付に際して年齢制限はない。これまで要介護度は基本的に3段階(24時間介護が必要な「とくに過酷なケース」では、上乘せ給付が適用)だったが、2017年1月に5段階に増設された(図表12)。

(図表12) ドイツ介護保険制度の要介護度別給付限度額(2017年)

(ユーロ、円/月)

		要介護度				
		1	2	3	4	5
居宅	現物給付	—	689 (84,609)	1,298 (159,394)	1,612 (197,954)	1,995 (244,986)
	現金給付	—	316 (38,805)	545 (66,926)	728 (89,398)	901 (110,643)
施設		125 (15,350)	770 (94,556)	1,262 (154,974)	1,775 (217,970)	2,005 (246,214)
〈参考〉日本		165,800	194,800	267,500	306,000	358,300

(資料) BMGホームページより日本総合研究所作成

(注1) 下段()内は円換算した金額(1€=122.8円、2017年1月2日終値)。

(注2) ドイツと日本の要介護度の評価基準は一致しない。

給付内容は、居宅と施設の2種類の現物給付に加えて、現金給付が認められている。現金給付の支給水準は、現物給付の半分程度である。また、現金給付の場合、居宅サービスとの併給が可能であり、例えば、居宅を75%、現金を25%とする等、合計が100%になるように組み合わせることができる。

給付水準(現物)は、同レベルの要介護度と比較すると、日本の半分～3分の2程度である。ちなみに、ドイツではサービスに公定価格はなく、支給限度額を上回ってサービスを利用する場合には全額自己負担となる。このため、居宅に比べて料金が低い施設サービスを利用する場合、利用者は多額の自己負担を支払う必要があり、低所得者の多くは併せて生活保護を利用している模様である。

財源は100%が保険料である。料率は2.35%(子供のいない23歳以上の被保険者は2.6%、ともに労使折半)であったが、2017年1月の要介護度認定の見直しに伴って要介護者数が50万人程度増加する見込みであることから、0.2%ポイント引き上げられ、現在は2.55%、(同2.8%)である。

(2017. 7. 10)

参考文献

- [1] 鈴木亘 [2000].「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」日本経済研究、No.40、pp.88-104
- [2] 鈴木亘・増島稔・白石浩介・森重彰浩 [2012].「社会保障制度を通じた世代別の受益と負担」ESRI Discussion Paper Series、No.281
- [3] 飛田英子 [2017].「医療保険制度見直しの方向性—組合と協会けんぽにおける世代会計の試算結果を踏まえて—」Japan Researchレビュー、Vol.9、No.48
- [4] 増島稔・島澤諭・村上貴昭 [2009].「世代別の受益と負担～社会保障制度を反映した世代会計モデルによる分析～」ESRI Discussion Paper Series、No.217