

これからの介護保険改革とガバナンス強化に向けた人材確保 介護保険者の機能強化に向けて

平川 則男

(連合総研主幹研究員)

1. 介護保険制度20年—負担と給付の納得性はあるのか

介護保険制度は、2000年4月に施行されて今年で20周年を迎える。連合をはじめとした労働組合の諸先輩たちの運動によって実現した介護保険制度は、今や無くてはならない制度となったが、これまで給付の抑制、給付の一部事業化、人材確保に向けた様々な加算の創設、不適切な事業所に対する監査の強化など、制度改定のたびに大きな変革を迫られてきた。その変革の中であっても、介護保険給付は、3兆円から10兆円を突破し、さらに給付が伸び続ける状況となっている。この給付の伸びによって第7期第1号被保険者¹の標準保険料は5,869円となっており、次期の第8期は6,500円程度、地方自治体によっては1万円近くになるところも出てくることが想定される。

この状況を見ると、国民健康保険制度が、保険料上昇を抑えるため、国費の投入や大都市を中心に「法定外繰り入れ」という手法を使って地方自治体の一般財源からの穴埋めがされてきたように、介護保険でも税金で穴埋めを行うべき、という要請が政府に対して行われることも考えられる。しかし、介護保険は、社会保険としての給付と負担の関係性を明確にし、国民健康保険のような公費投入の増大を避けるため、公費5割・保険料5割という原則をつくった。それは制度の持続可能性の観点から、モラルハザードを防止するために先人たちがつくった知恵であり、今後もそれは堅持すべきものである。ただ、介護保険給付の増大は介護保険料に跳ね返る。第1号

被保険者の保険料は基本的に年金から天引きされることとなるため、ストレートに年金の受給額を減額させることになる。年金制度は、マクロ経済スライドによって年金の実質的な価値が徐々に低下していく途上にもあり、高齢者の生活に与える影響は大きい。また、現役世代である2号被保険者についても、当然に保険料の上昇となり、実質可処分所得に大きな影響がある。

このことから、負担と給付の納得性に関する議論の必要性が高まっている状況にある。

2. 持続可能性に向けて真剣な議論が行われたのか

2020年度の通常国会に向けた介護保険制度改革の議論は、昨年春の段階から、給付抑制を中心とした検討が進められてきた。特に、財務省の財政制度等審議会においては、社会保障関連の給付抑制策を提言し続けているが、2019年11月25日の建議でも、生活援助サービスを対象とした支給限度額の設定又は利用者負担の引上げ、要介護1・2の訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行の検討、利用者負担の原則2割、ケアマネジメントの有料化などが盛り込まれていた。しかし、厚労省とは別に、秋に内閣官房に設置された全世代型社会保障検討会議は、介護をめぐる様々な課題が議論されないまま中間報告が行われた。これを受けて、社会保障審議会介護保険部会でも議論が行われたものの、結果としてほとんどの課題が先送りとなった。これまで繰り返し、給付の抑制と新たな情勢に

応じた改革、継続的な介護職員の処遇改善を行ってきたことから見て異例の内容と言える。介護保険給付の一律的な抑制は、結果として事業の実施水準の低下につながったり、介護職員の人材確保に支障が出るということは、これまでの改革から見ても明らかであり、問題が多い。しかし、一見、おとなしい改革に見えるが、具体的な制度改革が無いところに介護保険制度の危機が進行している点についても目を向ける必要がある。

最も大きな課題である介護職員の人材確保については、今号DIOの中でも寄稿がされているので、以下、介護認定・介護給付の在り方とその対策に向けた介護保険者の機能強化について課題をあげていきたい。

3. 介護認定率と介護保険料の地域差から

介護認定率²と介護保険料の地域差（表1）については、以前から問題になっており様々な取り組みが実施されてきた。必ずしも、認定率が高いから、第1号被保険者の一人当たり介護給付が高い、というわけではない（要介護度やケアプランの内容も左右する）が、一般的には、介護認定率と介護保険料はやや強い相関を見せている（図表1）。かつ、この

格差は期が進むにつれて拡大傾向にある（図表2）。

その要因はいくつかあると思われるが、最も目立つのは、災害による避難生活が長引き、その結果生活不活発となり介護認定につながるという問題である。介護保険料が高い地域を見てみると、福島県内の原発災害による避難自治体が目立っている。これについては、様々な研究が報告されているが、国立大学法人福島大学がまとめた「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」³では、介護認定率の上昇要因について様々な分析がされている。特に被災市町村等アンケートでは、「生活環境の変化による生活不活発」、「家族離散や親族の死亡等による介護者の不在」が要介護認定につながっていること。その生活不活発については「利用できる場所の喪失による、自給用の畑作等、農作業機会の減少」が大きな要因とされている。それ以外でも、地域交流や自宅環境も問題視されており、避難生活が続く高齢者の厳しい状況が浮き彫りとなっている。

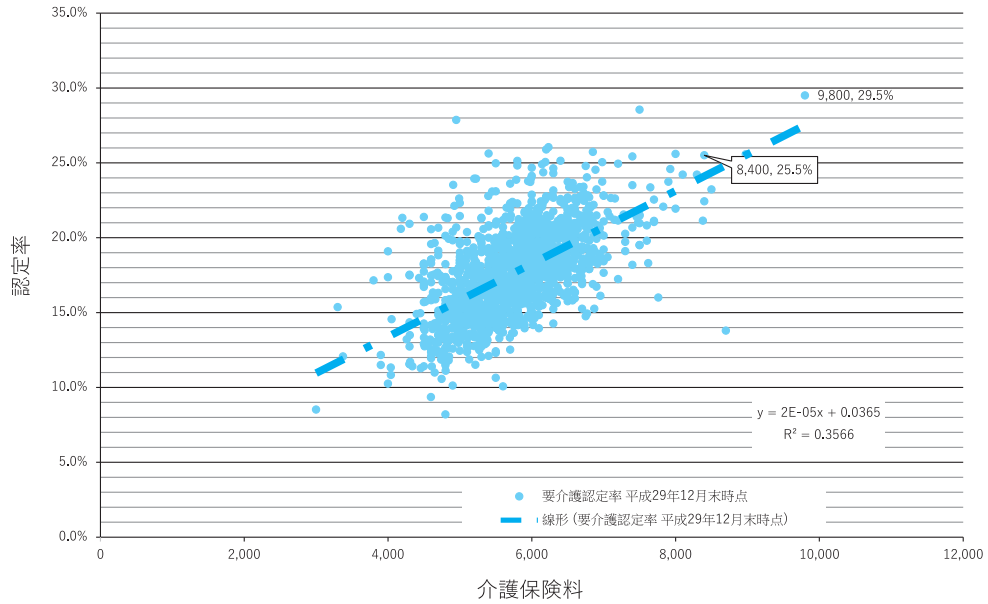
一方、避難生活という要因があまり無い地域はどうだろうか。政令指定都市の中でも最

表1 介護保険料上位12位、下位9位
第7期 第一号保険料（保険者別）

	都道府県名	保険者名	第6期保険料 基準額（月額） （円）	第7期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （%）	要介護認定率 平成29年12月末時点
1位	福島県	葛尾村	7,500	9,800	30.7%	29.5%
2位	福島県	双葉町	7,528	8,976	19.2%	25.6%
3位	東京都	青ヶ島村	6,200	8,700	40.3%	13.8%
4位	福島県	大熊町	7,500	8,500	13.3%	23.2%
5位	秋田県	五城目町	6,600	8,400	27.3%	22.4%
6位	福島県	浪江町	7,000	8,400	20.0%	25.5%
7位	青森県	東北町	6,650	8,380	26.0%	21.1%
8位	福島県	飯館村	8,003	8,297	3.7%	24.2%
9位	岩手県	西和賀町	6,100	8,100	32.8%	24.2%
10位	福島県	三島町	7,500	8,000	6.7%	21.9%
11位	福島県	川内村	6,500	8,000	23.1%	25.6%
12位	大阪府	大阪市	6,758	7,927	17.3%	24.6%
～						
1564位	北海道	奥尻町	3,700	4,000	8.1%	19.1%
1565位	北海道	中札内村	3,100	4,000	29.0%	17.4%
1566位	埼玉県	鳩山町	4,100	4,000	-2.4%	10.2%
1567位	宮城県	大河原町	4,100	3,900	-4.9%	11.5%
1568位	千葉県	酒々井町	3,900	3,900	0.0%	12.2%
1569位	北海道	興部町	3,500	3,800	8.6%	17.1%
1570位	東京都	小笠原村	4,640	3,374	-27.3%	12.1%
1571位	群馬県	草津町	3,800	3,300	-13.2%	15.4%
1572位	北海道	音威子府村	3,000	3,000	0.0%	8.5%

（出所）2017年5月21日「第7期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」より平川編集。
 ※第6期保険料基準額については、平成27年4月公表時の保険料基準額を掲載している。
 ※保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として掲載している。
 ※要介護認定率（第1号被保険者の認定者数/第1号被保険者数）については、介護保険事業状況報告（平成29年12月月報）の数値より算出している。

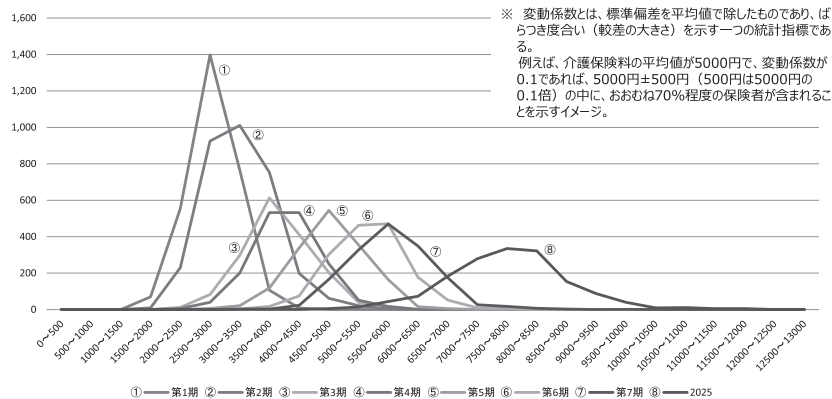
図表1 第7期保険者別1号保険料・認定率



(出所) 厚労省「第7期計画期間における介護保険の第1号保険料について」より平川作成。

図表2 第1期から第7期までの介護保険料の分布

介護保険料における保険者間のばらつきは、変動係数を見ると、第2期をピークにおおむね縮小傾向となっているが、第5期～第7期は横ばい傾向となっている。また、事業計画に推計値を記載することになっている2025年度にかけては、やや広がっていくことが見込まれている。



※ 変動係数とは、標準偏差を平均値で除したものであり、ばらつき度合い（較差の大きさ）を示す一つの統計指標である。
例えば、介護保険料の平均値が5000円で、変動係数が0.1であれば、5000円±500円（500円は5000円の0.1倍）の中に、おおむね70%程度の保険者が含まれることを示すイメージ。

(変動係数)

1期	2期	3期	4期	5期	6期	7期	2025
0.14424	0.17777	0.15493	0.16119	0.12750	0.11860	0.12180	0.13190

(出所) 厚労省2019年2月25日「第75回社会保障審議会介護保険部会」資料。

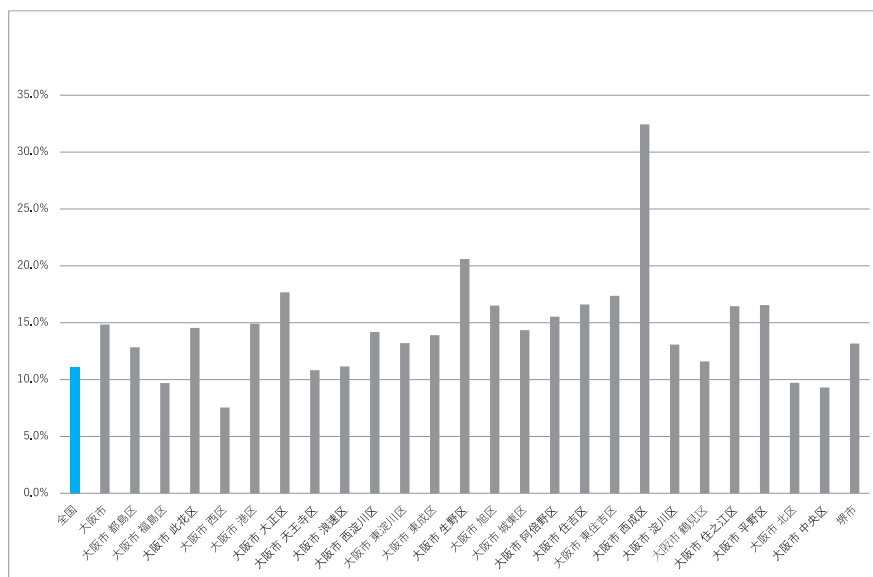
も認定率が高く介護保険料の高い大阪市を見してみる。

まずは、高齢者世帯の状況を見てみると、大阪市は65歳以上単身世帯が全国平均に比べて多い(図表3)。実は、65歳以上単身世帯率と要介護認定率は、やや強い相関関係にあることがわかる(図表4)が、大阪市立大学「福祉局ビッグデータ解析プロジェクトチーム」が公表した「認知機能低下を含む要介護状態の重度化防止及び介護予防のための介護保険データの解析研究業務委託⁴⁾」の分析に

よれば、周囲との交流が少ない独居高齢者の認知機能低下リスクについて指摘し、「独居高齢者であることは認知機能や生活機能の維持と関連しており」、「独居者は機能低下の前に生活上のニーズから要介護認定を受けている可能性が考えられます」との結果を公表した。周囲との交流及び福島県で指摘されている生活不活発・社会参加等と要介護リスクについては、京都大学大学院⁵⁾や日本福祉大学⁶⁾、千葉大学⁷⁾の研究でも報告がされている。

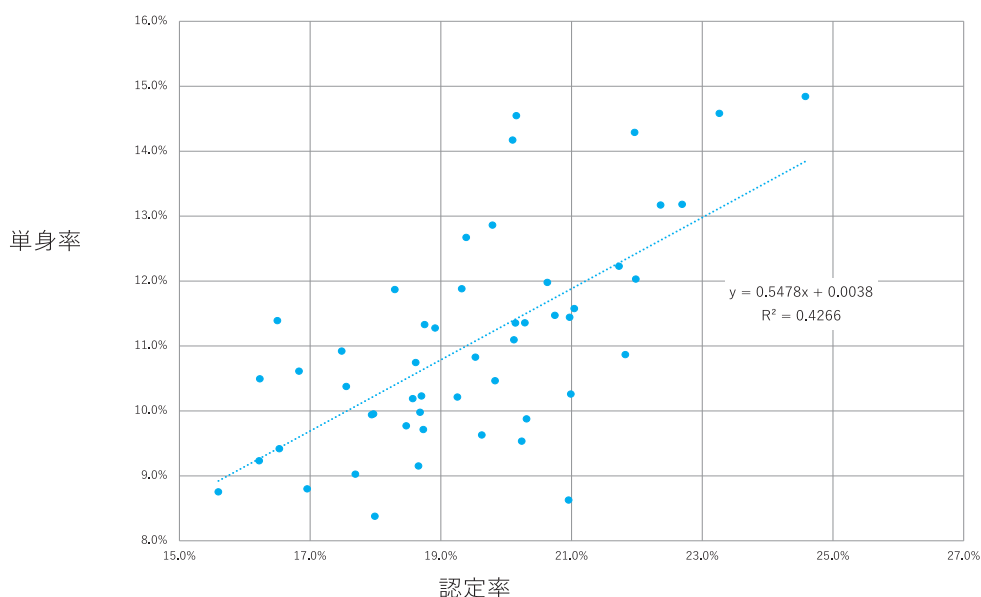
更に大阪市の高齢者世帯の特徴として、所

図表3 単独世帯うち 65 歳以上の高齢単身世帯（世帯）うち
65 歳以上の高齢単身世帯（世帯）



(出所)「2015年度国勢調査」から平川作成。

図表4 全国政令指定都市・県都要介護認定率・65 歳以上単身



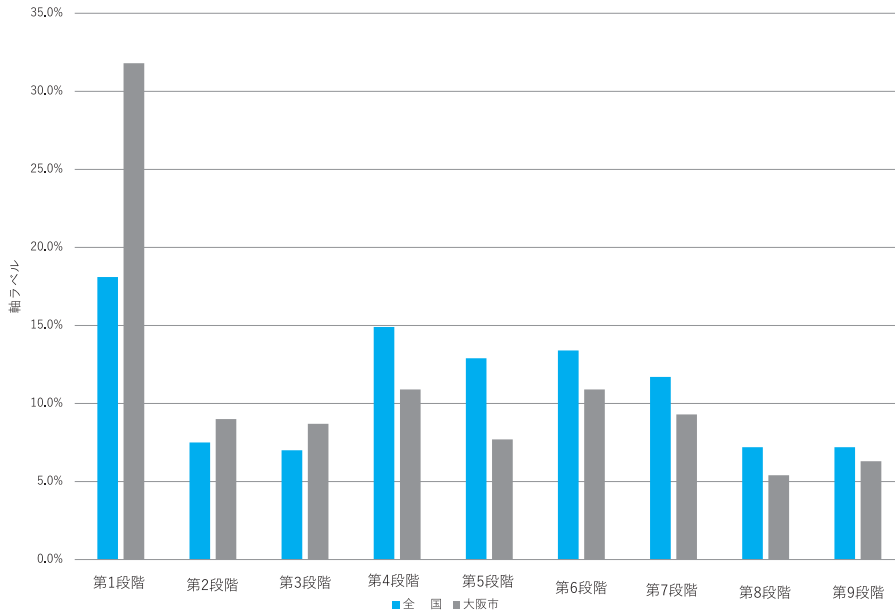
(出所) 単身率は「2015年国勢調査」、認定率は「第7期介護保険事業計画」から平川作成。

得水準が低い傾向にあるということがある(図表5)。グラフでは、第1号被保険者の介護保険料の段階別⁸の分布を見てみた。保険料は第1段階から第9段階までであるが(保険者・地方自治体によっては更に多段階のところも多い)、第1段階は世帯全員が市町村民税非課税世帯もしくは生活保護世帯となる。大阪府はこの段階の保険料の方が全国平均と比較しても相当多いことがわかる。もちろん、所得水準の低さが介護認定率の高さの直接的な要因となるエビデンスは今のところ見当たらない

ものの、貧困や所得水準の低さは、時間的余裕や金銭的な問題から社会参加や地域とのつながりなどに負の影響が生じると言われている。連合総研は、現在、人生100年時代・長寿社会における新たな生き方・暮らし方研究会を実施しているが、そのインターネットアンケートにおいても、所得格差によって地域とのつながりの格差が生じていることがわかっている(正式公表は2020年10月予定)。

問題は、単身世帯であるが、単純に所得が高い低いということが直接介護認定に影響が

図表5 所得段階別第1号被保険者数比率、全国・大阪市比較



(出所)「2017年度介護保険事業状況報告」から平川作成。

あるのかではなく、仕事をしているか、地域の活動に参加しているか、地域とのつながりがあるか、相談相手がいるかどうか、日常生活で健康増進を意識しているか、などの多様な要因によるものと考えられる。介護保険者・地方自治体は、これらの要因を踏まえた地域づくりや地域包括ケアシステムの構築が

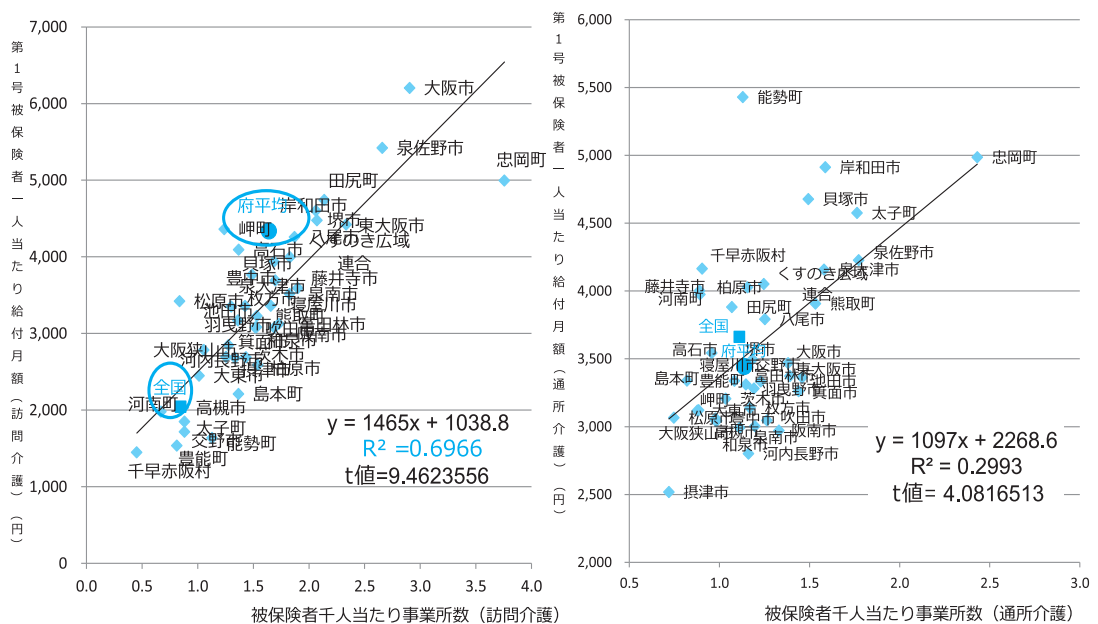
求められている。

4. 介護給付の提供体制とケアマネジメント

次に、介護保険の給付となる提供体制とケアマネジメントを分析していく。2017年1月に大阪府が公表した、「大阪府における介護行政の現状と新しい総合事業が目指すもの」⁹と

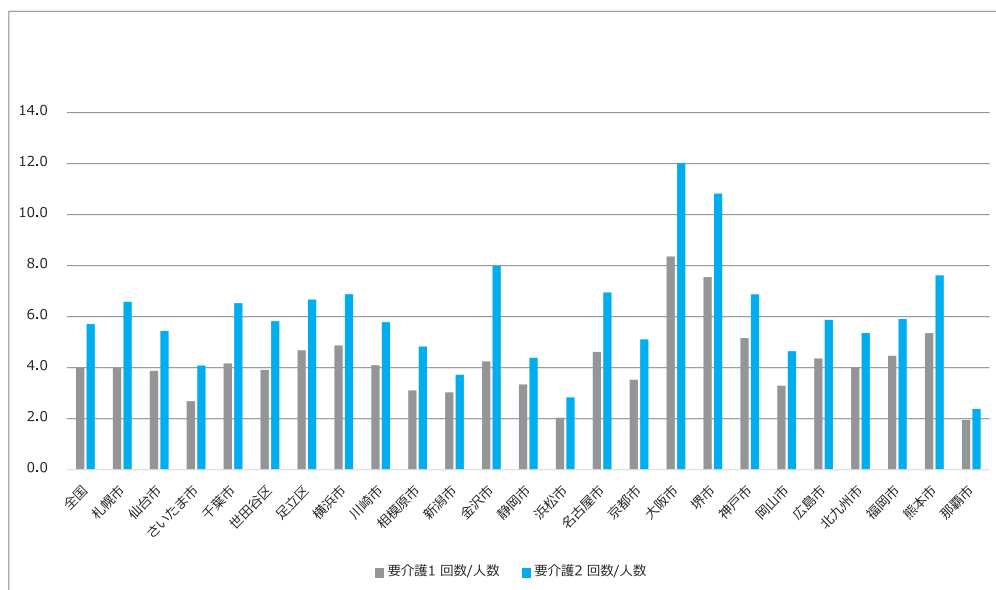
図表6 事業者誘発需要の可能性

- 人口が密集し、介護事業者が多数存在する大阪府では、利用者（需要側）が必要以上にサービスを利用する側面と、事業者（供給側）が需要を掘り起こす側面との両面が想定される。
- 軽度者の段階から、家事援助系サービスを多用し過ぎることで、かえって廃用症候群を招くおそれ。



(出典) 介護保険事業状況報告H26年、事業所数は大阪府高齢介護室資料
※2017年1月23日「大阪府福祉部高齢介護室介護支援課」資料

図表7 要介護 1.2 における居宅介護利用者一人当たりの訪問介護の算定回数、
政令指定都市・主要都市比較



※2017年度介護保険事業状況報告より平川作成。要介護1.2訪問介護サービス利用月延べ回数÷居宅介護サービス受給者数=居宅介護サービス受給者一人当たり算定回数
※2017年3月サービス分から2018年2月サービス分まで

いう資料を見ると、「人口が密集し、介護事業者が多数存在する大阪府では、利用者（需要側）が必要以上にサービスを利用する側面と、事業者（供給側）が需要を掘り起こす側面との両面が想定される」との指摘が明記されている。この見解は、訪問介護事業所数と一人当たり訪問介護給付月額の間接的相関が強いことが原因ではないかと分析している（図表6）。

では更に、訪問介護の利用頻度はどうなっているのか。2017年度の介護保険事業状況報告から、要介護1と2の居宅介護サービスの訪問介護利用回数を居宅介護サービス利用者数で割り、政令指定都市・全国主要都市間で比較してみる（図表7）と、大阪市と堺市が際立って、一人当たりの利用回数が多いことがわかる（要支援の訪問介護は市町村事業となったことからデータ不明。要介護3以上は、施設型給付の多寡に影響されやすいので分析から外した）。このような算定による比較が適切であるのか、他の居宅サービスとの関係など、詳細な分析は更に必要と思われるが、この段階で言えるのは、単身高齢者が多いことから、自ずと訪問介護の利用回数も多いということも言える可能性がある。大阪府は、先の資料において、「軽度者の段階から、家

事援助系サービスを多用し過ぎることで、かえって廃用症候群を招くおそれ」があると指摘しており、大阪市内のケアプランに課題がある可能性がある。ただ一方で、算定回数が少ない大阪以外の都市が、家族に介護の負担を負わせている可能性もあり、引き続きの検証が求められる。

なお、政令指定都市以外では、北海道旭川市の訪問介護の算定回数が大きく、大阪市を上回っている状況にある。この要因として、旭川市は有料老人ホームが圧倒的に多いことが原因であることが推察される。2017年度厚労省の社会福祉施設調査によると、有料老人ホームは、旭川市に260か所あり、中核市の中でも圧倒的に多く（平均で79か所）、人口規模が全く違う政令指定の平均施設数である198か所よりも多い。かつ、この有料老人ホームと訪問介護がセットとなっている状況にある。

ただ言えることは、更に要因の分析を行いつつ、本来あるべきケアプランについての標準化を示していく必要があるとともに、事業者からの影響を受けている不適切なケアプランが目立つのであれば、事業者から独立したケアマネジャーの実現が必要である。同時に

保険者・地方自治体により効果的なケアプランのチェック、提供体制の保険者・地方自治体によるコントロールとそのための適切な保険者としてマネジメントの強化が求められている。

5. 求められているのは地方自治体の実施体制なのだが・・・

現在、地方自治体においては、人口減少や単身世帯の増加などにより、介護にかかわらず様々な支援の社会化が要請され、生活困窮者支援や子ども子育て支援、障害者福祉、まちづくりなどと合わせた一体的な対応が求められている。これまでも厚労省は、介護保険における地域支援事業¹⁰の強化（総合事業の創設）を図ってきており、更に地域共生社会に向け、2号保険料の活用も可能とした新たな制度設計¹¹を行っている。

その中で重要となってくるのは、保険者¹²や地方自治体の取り組みにある。確かに全国的には、地域包括ケアの好事例として介護予防・健康づくりの取り組み（社会保障審議会介護保険部会等）、地域共生社会に向けた事例（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）が多く紹介されているが、いずれの事例も地方自治体の内外に「キーパーソン」がいて成り立つことが多く、今後、保険者や地方自治体は、組織内外にキーパーソンとなりうる人材の育成や発掘をより積極的に行う必要性がますます高まっている。しかし、地方自治体の中には、このような専門性の高い職員の人材育成には積極的とは言えないところもある。このような自治体は、担当者が頻繁に変わることによって、NPOや医師会・介護関係団体などとの間に十分に関係性を作ることができず、地域支援事業や総合事業、地域包括ケアが十分機能していない可能性もある。

地方自治体の業務の中心は、子ども子育て支援や生活保護、生活困窮者支援を含めて社会保障が中心となりつつある。これまでの分析のように、健康づくりや社会参加、地域のつながりをいかに作っていくのか、ケアプランの検証などの介護保険者としての機能をどう強化していくのかが大きな課題となって

おり、介護保険者としての地方自治体の役割が更に高まっている。

これまで介護保険制度については、介護保険サービスの提供に関わる人材確保を中心に議論を重ねてきたが、介護の人材とは、このように直接処遇を行う人材だけではなく、介護保険の保険者のガバナンス体制を強化できる人材の確保が求められている。

- 1 介護保険の被保険者は、65歳以上の方（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられます。第1号被保険者は、原因を問わずに要介護認定または要支援認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。また、第2号被保険者は、加齢に伴う疾病（特定疾病※）が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。（介護保険制度について厚労省）
- 2 算出方法：認定率＝65歳以上の要介護・要支援認定者数÷第1号被保険者数（65歳以上）
- 3 「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」（平成26年度老人保健健康増進事業）2015年3月 国立大学法人福島大学
- 4 2018年12月24日公表
- 5 京都大学、社会参加する高齢者は9年後の要介護リスク0.8倍、死亡リスクも0.8倍（日本老年学的評価研究プレスリリース 2020年2月）
- 6 日本福祉大学、趣味やスポーツの会の参加率高いと要支援・介護認定率低い（日本老年学的評価研究プレスリリース 2019年4月）
- 7 千葉大学、社会参加の多い地域は認知症リスクが10%減（日本老年学的評価研究プレスリリース 2019年5月）
- 8 第1号被保険者の保険料は、負担能力に応じた負担を求める観点から、原則として各市町村ごとの所得段階別の定額保険料としている。
- 9 平成29年1月23日、大阪府における介護行政の現状と新しい総合事業が目指すもの、大阪府福祉部高齢介護室介護支援課
- 10 総合事業（介護保険法では、「介護予防・日常生活支援総合事業」として定められている。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものとされている。要支援者に対する訪問介護・通所介護を介護保険給付から市町村事業へと移行した。
- 11 これについては、介護保険は、本来、給付を中心に組み立ててきた制度で、特に2号保険料は、特定の地域を対象にしたものではないため、1号保険料とは区別してきた経過からして問題もある。ただ一方で地域実態からみると、2号保険料も活用し、地域実態に合った事業がどうしても必要であり、背に腹は代えられない状況にあるとも言える。
- 12 医療保険や介護保険の運営主体のことを「保険者」といいます。介護保険は基本的に市区町村が保険者となっていますが、いくつかの市町村が「広域連合」をつくり運営しているところもあります。