

介護保険料を

めぐる問題



岡山県立大学教授

増田 雅暢

介護保険料の大幅アップ

介護保険が存亡の危機を迎えている。

このように書くとオーバーに思われるかもしれないが、来年度から始まる第6期介護保険事業計画において高齢者（第1号被保険者）の保険料が大幅にアップする状況となっている。介護保険料大幅アップに対して高齢者の反発が大きくなり、ひいては介護保険制度の持続可能性にも悪影響を与えるのではないかと懸念する。

で5900円程度と、現在よりも886円の引上げとなる見込み。岡山市では、基準月額で6500円程度と、現在（5520円）よりも1千円近くアップするという。3年前の改定時期には、「5千円の壁」ということが論じられ、財政安定化基金の取り崩し等の対策により、全国平均では、4972円（812円アップ）とかなり上げて5千円を下回った。その時点で、川崎、岡山両市とも5千円台となっていたが、来年度からは6千円近く、または6千円台になる見込みとなっている。

おそらく、全国平均でも1千円近くアップするものと予想される。年間では、1万2千円増。高齢者にとって、年金が物価との関係の調整のため引き下げられている状況のなかでの介護保険料増となる。後期高齢者医療制度の保険料も上昇の状況であり、高齢者にとって、介護・医療保険の保険料負担増は、年金の取り額を減少させる。

介護保険料の問題点

介護保険料の基準月額的大幅アップに加えて、介護保険料にはさまざまな問題がある。いくつか例をあげてみると、第一に、低所得者でない被保険者の保険料負担が重いことに留意する必要がある。前出の岡山市の例であれば、現行において、12段階の介護保険料設定となっているが、最も所得が高い段階（12段階）では、基準月額の2・25倍である。基準月額を6500円程度とすると、来年度から月額1万4625円（年額17万5500円。約2万6千円増）の見込み。年金が年間200万円と

なる者の場合、第7段階で基準月額1・2倍。来年度から、月額7800円（年額9万3650円。約1万5千円増）の見込みとなる。

第二に、世帯のなかに住民税課税者がいるかないかで、介護保険料の水準が変化することである。国基準の介護保険料の標準6段階で見ると、年金が基礎年金のみの場合、満額でも月額70万円台であり、本人は住民税非課税となり、世帯のなかに住民税課税者がいなければ、基準月額0・5倍となる。しかし、世帯のなかに住民税課税者がいると、基準額となり、そうでない場合の2倍となる。介護保険は、被保険者本人に着目した制度であるにもかかわらず、介護保険料の設定において世帯概念を導入していることの問題が現れている。

第三に、第2号被保険者から第1号被保険者となったとき、すなわち65歳を超えた年の介護保険料負担が大幅にアップすることである。第2号被保険者で

あれば、国保被保険者の場合、介護保険料負担に公費の5割補助があることから、本人負担は半額となっている。さらに、低所得者の場合、国保の軽減制度が適用される。しかし、第1号被保険者となると、全額本人負担となるため、介護保険料は国保で支払っていた水準よりも2倍以上となる。介護保険料に対する不服申立は、この65歳での切り替え時の介護保険料負担の急増を問題視するものが多いが、条例の規定どおりとして却下されてしまう。

介護保険料の構造的な問題

介護保険料の構造的な問題としては、「所得段階別定額保険料」という介護保険独特の保険料設定方法が限界を迎えているのではないか、ということである。現行の国基準の標準6段階では粗すぎるとして、市町村保険者は独自に段階を増やすことができる。こうすればきめ細かくはなるが、それでも段階ごと

の差は存在する。ここに、住民税課税者の有無という指標が入ってくるため、同じ年金額なのに、介護保険料に2倍の格差が生じることになる。

「所得段階別定額保険料」という独特な方法が採用された理由として、制度創設当時、厚生省は、①負担水準が低いため(平成12年度において、月額2500円程度と見込んでいた)、定率の保険料率を設定して負担能力の格差を調整する必要が当面は低いこと、②介護保険料の賦課にあたって、市町村に新たな事務負担が生じないように、既存の住民税の課税状況を基に保険料額を算定することとした、等の説明をしていた。しかし、制度創設から15年を経て、介護保険料の水準が当初見込みの2倍以上の高さとなっている現状からみると、「所得段階別定額保険料」という設定方法自体の見直し時期に至っていると言えるのではないか。

第二の構造的な問題は、介護保険制度の持続可能性に関わる問

題である。日本の介護保険は、制度実施以来、保険給付額が15年間で3倍程度に急増し、その結果、高齢者の介護保険料も2倍に増大することになった。しかし、ドイツの介護保険制度では、日本よりも早い1995年に制度を実施しているが、今日まで保険料水準の変更はわずかに2回である。当初は、保険料率1・75%であったが、現時点では2・05%と、伸び率も穏やかである。この違いはどこに起因しているのかというと、日本の寛大な保険給付水準にある。日本とドイツを比較すると、どの要介護段階においても、日本の方がドイツよりも給付水準が高い。さらに、要支援・要介護者の範囲も広いため、日本では、構造的に保険給付額が増大し、それに伴い介護保険料が増大する構造となっている。

もう一つの問題は、介護保険料の「掛け捨て」に該当する者の割合が高いことである。高齢者全体で要支援・要介護者の認定割合は約18%であり、介護

サービス利用者は約15%。その結果、約85%の高齢者は、毎年の介護保険料が「掛け捨て」の状態となっている。この点は、医療保険料との大きな違いである。医療保険であれば、高齢者の場合、必ず医療機関に受診するため、医療保険料の「掛け捨て」にはならず、それどころか、医療保険料以上に医療保険給付を享受している。介護保険制度では、ひとたび要介護者等になれば、介護保険料以上の保険給付を享受できるが、自立している高齢者にとっては「単なる強制的な負担」である。そのうえ、近年のように、保険料水準が上昇してくると、制度に対する反感が強まる要因となりうる。

こうした構造的な問題を解決するためには、①「所得段階別定額保険料」から「定率保険料」への切り替え、②市町村単位の保険制度から、国保制度と同様に県単位の保険制度へ、③保険給付水準の抑制、等が考えられるが、これらの実現は簡単なことではない。