

日本の介護制度

—公的介護保険制度の現状と課題—



社会研究部門 阿部 崇

abe@nli-research.co.jp

1——日本の介護制度

公的介護保険制度（以下、介護保険制度）は、医療、年金、雇用、労災に続く日本の5番目の社会保険制度として2000年4月にスタートした。これまで、老人福祉（行政の判断による措置）、老人医療（医療保険給付の一部）がそれぞれの枠組みの中で提供してきた高齢者への介護サービスが、専用の社会保険の仕組みによって提供されるようになった。

制度スタートから10年に満たない介護保険制度であるが、超高齢社会にあって、年金や医療と並び老後を支えるセーフティネットとしての

重要性が高まっている。また他方で、制度が抱える問題点等も両制度と同様に社会保障のあり方に影響を与えるものとなっている。

本稿では、制度導入までの道のりを振り返った後、高齢者の重要なセーフティネットである日本の介護保険制度の現状把握、課題整理およびそれらへの対応や今後の見通しを広く考察していきたい。

2——現状と課題（2つの側面から）

1 | 制度導入までの道のり

1963年、将来の高齢社会に備え、老人福祉法が制定されたことが、公的な高齢者福祉施策の始まりといえる。これにより、現在の介護保険サービスにもある「特別養護老人ホーム」や「ホームヘルパー」などが法制化された。1980年代に入ると、寝たきり老人の増加や社会的入院（医療の必要性が低い老人が金銭的負担の小さい病院に多数入院する状態）等が社会的な問題となり、1989年には、いわゆる“ゴールドプラン”（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）が策定された（[図表-1]）。

その後、介護を要する高齢者の増加や介護期間の長期化傾向がますます顕著になり、一方で、核家族化や介護家族の高齢化等、支え手側の状

[図表-1] 高齢者保健福祉政策の流れ

1960年代 高齢者福祉政策の始まり	1963年 老人福祉法制定 ◇ 特別養護老人ホーム創設 ◇ 老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）法制化
1970年代 老人医療費の増大	1973年 老人医療費無料化
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	1982年 老人保健法の制定 ◇ 老人医療費の一定額負担の導入等 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）の策定 ◇ 施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進	1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）の策定 ◇ 在宅介護の充実
(介護保険制度の導入準備)	1996年 連立与党3党政策合意 介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1997年 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	2000年 介護保険施行 2005年 介護保険法の一部改正

（資料）厚生労働省資料より作成

況も変化した。それらを背景に、高齢者の介護を社会全体で支える仕組み（介護保険）の必要性が叫ばれ、1997年に介護保険法が成立、独自の仕組みをベースとした介護保険制度の創設（2000年施行）に至った。当時のキーワードは、「自立支援」（世話から自立支援へ）、「利用者本位」（高齢者の主体性）、「社会保険方式」（給付と負担の明確化）であった。

制度施行から8年半を経過した介護保険制度は現在どのような状況になっているのであろうか。「介護費用と保険給付」、「介護サービスの供給体制」という2つの側面から、その現状と課題を整理したい。

2 | 介護費用と保険給付

2000年の制度施行以来、高齢社会の進展を背景に、介護保険制度の対象者である「被保険者」、「要介護認定者（保険給付を受ける権利がある高齢者）」、「受給者（保険給付を受けている高齢者）」の数はそれぞれ大幅増で推移している（[図表-2]）。

それに伴い、介護費用（保険給付＋利用者負担）も年々増加、2000年の3.6兆円から2008年には約2倍の7.4兆円（予算ベース）となっている（[図表-3]）。今後、団塊世代が高齢者層に移行する中で、介護費用の増加は一層加速するものと予想される。

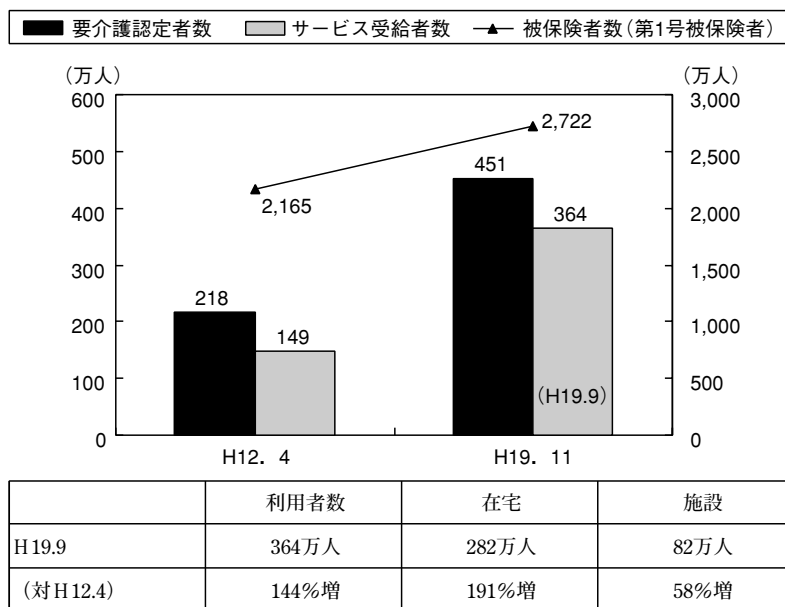
制度設計にあたって参考とされた独との比較でみると、介護関連給付費（障害者福祉含む）の対GDP比、受給者1人あたりの給付費とも、日本が上回っている（[図表-4]）。なお、高齢化率（人口に占める65歳以上人口の割合）はほぼ同水準（日本20.1%、独19.3%）である。

続いて、介護費用・保険給付の把握の視点としてしばしば取り上げられる“サービス種類別（居宅・施設別）”、“要介護度別”の状況をみる。

居宅・施設別の利用者数および保険給付額を比較すると、施設サービス利用者は81万人で、居宅サービス利用者255万人に比して約1/3である

（資料）厚生労働省資料より作成

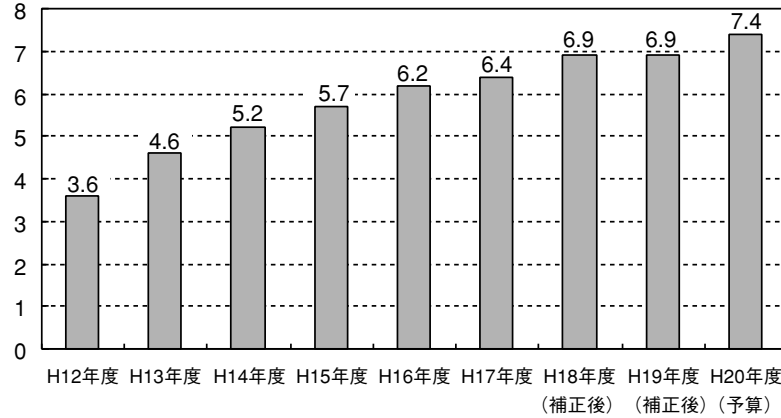
[図表-2] 被保険者・要介護認定者・受給者の推移



(資料) 厚生労働省資料より作成

[図表-3] 介護費用の推移

(兆円)



(資料) 厚生労働省資料より作成

[図表-4] 介護関連給付の対GDP比 (2005)

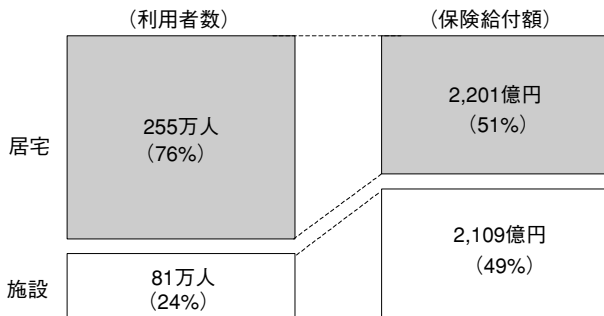
	日本	独
介護関連給付の対GDP比	1.3%	0.8%
受給者一人当たり給付費	167.9万円	126.6万円
高齢化率	20.1%	19.3%

※日本の対GDP比は介護保険給付費+障害者福祉サービス給付費、独は介護保険給付費のみ

(資料) 厚生労働省「平成17年度介護保険事業状況報告年報」、ドイツ連邦保健・社会保障省「Statistisches Taschenbuch 2005」より作成

が、保険給付額は施設サービス2,109億円、居宅2,201億円とほぼ同水準となっている([図表-5])。

[図表-5] 居宅・施設別の利用者数と保険給付額



(資料) 介護保険事業状況報告H19.3 (平成19年1月サービス分) より作成

これはサービスの形態(居住するという要素を含むか否か)や利用方法(生活の一部としてのサービス利用か否か)等の違いに起因するものであるが、数値比較だけからは、“施設サービスはお金がかかる”という状況にある。しかし、居宅と施設の利用者数・保険給付額を単純に比較することは適切ではない。両者の違いは

介護財源のみでなく、独居や老老介護等の在宅介護特有の問題や施設サービスの供給(整備)量の問題を反映しており、幅広い観点からどのように調整を図るべきかが重要となる。

次に、要介護度別の状況として居宅サービス利用者数の推移をみると、「要支援」から「要介護1」までの、いわゆる軽度要介護者の増加が顕著となっている([図表-6])。

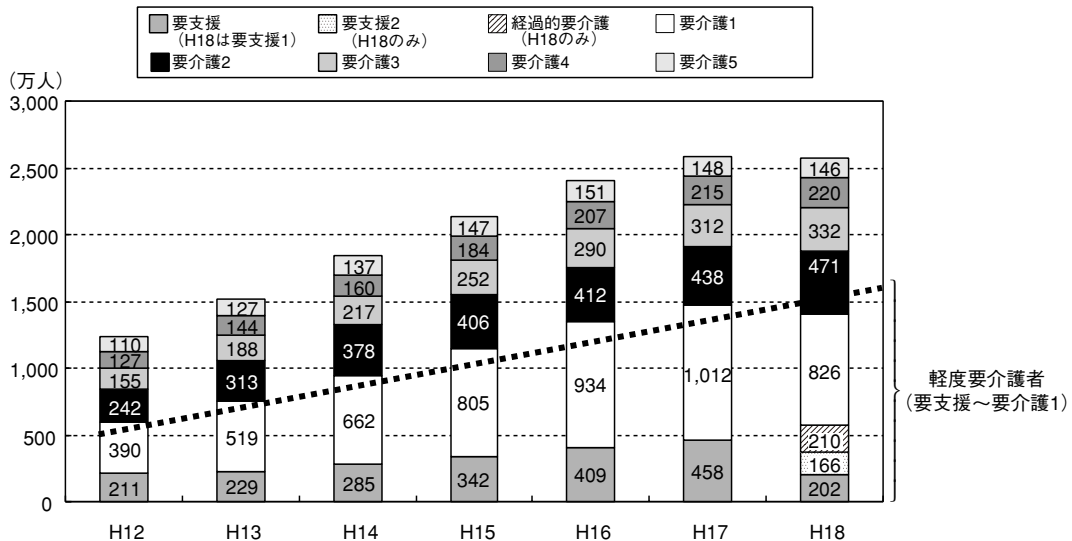
これら軽度要介護者をみるとサービスの利用率や単価が低いため、保険給付額にしめる割合は低い。これらの層が後に“重度者”に移行し、給付額が増加していくことを考えればこの状況は無視できず、制度上の対策が不可欠である。

施設サービスのあり方や軽度要介護者へのサービスのあり方は、制度施行当初から予定されていた、いわゆる“施行5年後の制度見直し”の中心テーマとなり必要な修正が加えられた。(2006年実施、後述)。現在は、その制度見直し項目について、多面的な効果測定、評価が行われているところである。

3 | 介護サービスの供給体制

介護保険のサービス供給体制の特徴は、医療保険制度と異なり法人規制がなく、営利法人等様々な主体の参加(サービス提供)が可能な点である。多様な事業参入により当初危惧された

〔図表-6〕 要介護度別の居宅サービス利用者数



(資料) 平成18年度 介護保険事業状況報告 (厚生労働省) より作成

“保険あってサービスなし”というサービス不足の状況は回避されたものの、近年では、営利を優先させる事業者による不正等が相次ぎ、指導や指定取消等の行政処分事案が増加傾向にある。

一方、直近の最重要課題としては、介護関連職の人材不足が挙げられる。絶対人数は増加基調にあるものの、要介護高齢者の増加傾向との相対的不足感は顕著であり、かつ、近年の介護財源の抑制政策が間接的に職員の処遇と労働環境の悪化をもたらしている。介護サービス事業者・施設での深刻な人材難は、有効求人倍率 (確保難) および離職率 (定着難) にも表れている (〔図表-7〕)。

〔図表-7〕 介護職の有効求人倍率と離職率

	介護職 (訪問介護員・介護職員)	全職業・全労働者
有効求人倍率 (2006)	1.74	1.02
離職率	20.2 (2004)	17.5 (2005)
入職率	28.2	17.4

(資料) 厚生労働省資料より作成

さらに、療養病床の再編 (長期療養入院用の病床の削減施策) の一環で、2011年度末に予定される介護療養型医療施設 (介護保険施設の1

つ、主に医療による対応を要する要介護高齢者が入所) が廃止されることが決まっている。それに伴い、現入所12万人が向こう3年間で退所 (移動) を迫られる状況にある。

在宅介護が困難な要介護高齢者の他の受入施設の整備はもちろんのこと、透析治療や胃ろう (胃に設置したチューブから栄養摂取する) といった医療対応を含めて、居宅サービスを利用しながらの在宅生活を支援する体制を早急に整えることが喫緊の課題とされる。

3—課題への対応

介護費用と保険給付、介護サービスの供給体制の両面から介護保険制度の現状と課題を確認した。続いて、それぞれの課題への対応について、“施行5年後の制度見直し”での対応と、現在実施されている社会保障国民会議等での議論について、その進捗と今後の見通しを整理する。

1 | 介護費用・保険給付の削減に向けて

介護費用の増大は人口構造の変化 (高齢者増) を主要因とするので、規模の拡大を含めた十分

な対応こそが制度創設の本来的な意義であり、単純な費用削減政策は妥当ではないはずである。

しかし、医療、年金をはじめとする社会保障財源抑制の流れにあって、介護保険制度も例外ではなく、“制度の持続可能性”を大目標に、「施設サービスの給付水準」、「軽度要介護者の増加」に着目した制度見直しが行われた（[図表-8]）。

見直し内容としては、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立が3本柱となった。①では、増加する軽度要介護者へのサービスを“予防”の観点から再編し給付を縮小する、②では、施設サービスのうち“居住費・食費”というケア以外の部分を給付から除外する、③では、(費用が高い)施設から(安い)在宅という流れを促進する“地域ケア”を定着させる、ことが目指された。

制度見直しによって、予防の考え方が定着し要介護状態に陥る高齢者や重度化してしまう高齢者は減少したのか。地域ケアの浸透によって独居や老老介護の高齢者でも居宅サービスを利用しながら地域（在宅）で安心して暮せるようになったのか。給付減に即効性のある利用者負担増の部分だけが効果を上げていないか。制度

見直しの“見直し（振り返り）”が必要である。

なぜなら、制度見直しが介護サービスの供給体制面の課題を深刻化させる可能性をもっているからである。

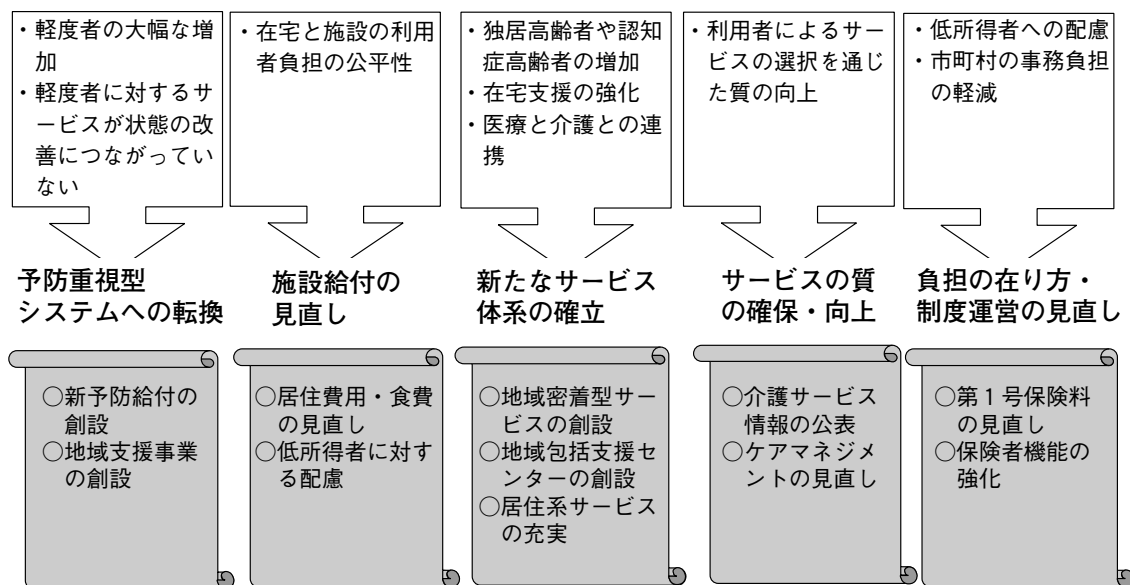
2 | 介護サービスの供給体制の確保に向けて

制度の持続可能性に偏り過ぎた制度見直しは、介護現場に対して無理を生じさせ、いずれは、供給体制に回復しがたい歪みをもたらす可能性がある。

介護サービス事業者・施設による不正事案も、単なる営利追及の運営手法の問題のみではなく、介護関連職の人材難を背景とする配置人員の水増しなども多く含まれる。これらの状況は、介護保険法上の基準に則った通常の事業運営すら難しくなっていることを示している。

ただ、介護人材不足や処遇に関しては、2006年の制度見直し直後から問題意識が高まり、「福祉人材確保指針の見直し」（2007）の他、「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」での議論も進められている。また、いわゆる“2万円法”（介護従事者の賃金に2万円を上乗せすることを内容とした法案）等、制度外でも問題提起

[図表-8] 制度見直しの基本的な視点と主な内容



(資料) 厚生労働省資料より作成

されたことは記憶に新しい。

また、介護職の人材不足は介護サービスの量だけでなく質にも深刻な影響を与えている。最近では、「社会保障国民会議中間報告」において、“介護分野における恒常的人材確保難など、(中略) 介護サービスの基盤が劣化している”と認識され、また、「同会議第二分科会(サービス保障) 中間とりまとめ」では、介護関連職の養成(就業)、処遇・労働環境(定着)の各段階での早急な対策が必要と指摘されている(〔図表-9〕)。

要介護高齢者はその数が増加しているのみならず、先述した医療の対応を要する高齢者、重度の認知症を患う高齢者など、サービス需要として質的にも変わりつつある。当然、そのケアにあたる介護関連職にも人数の確保のみならず、ケアの技術・知識・経験が求められる。

人材不足を中心とした介護サービスの供給体制の問題は、ある意味、財源以上に制度の持続可能性に危機をもたらすものであり、介護保険制度の根幹に関わる今日的な重要課題であろう。

〔図表-9〕 社会保障国民会議 第二分科会 中間とりまとめ(抜粋)

「第二分科会(サービス保障(医療・介護・年金)) 中間とりまとめ」抜粋
4. どのような方向で改革していくか
4-1 現下の緊急課題への対応
(2) 介護・福祉分野における課題とその対応
介護人材確保(労働環境および処遇の改善、キャリアパスの設定)
重度要介護者への対応施設の量的・質的充実
ケア付き住宅等の居住系サービスの充実
4-2 これからの課題への対応
(1) サービス需要の増大への対応
(2) サービス提供体制の構造改革
・地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
・医療・介護を通じた専門職種間の役割分担の見直しと協働体制の構築
(3) サービスを支える人的・物的資源の計画的整備
・人的資源の確保
・インフラ(物的資源)の整備
(4) 改革を支える制度面での改革
・介護報酬体系のあり方の検討・見直し

(資料) 社会保障国民会議資料より作成

4—おわりに

介護保険制度は、現在の財源規模もあって、これまで医療保険制度改革の陰に隠れてしまうことも多かった。しかし、超高齢社会を向かえ、対象者数でも給付額でも制度規模が今後ますます拡大していくことに鑑みれば、制度改正、介護報酬改定等が社会保障施策全体に与える影響は大きさを増してくる。

特に、社会保障における介護保険制度の位置付けについて議論が深まるであろう、2009年4月の介護報酬改定では、今後の介護保険制度の方向性が示されることになる。

人材を中心とした介護サービス基盤は再生するか、軽度要介護者への介護サービスは確保されるか、適正量の施設サービスが失われることはないか。わずか10年前の制度創設時の目的が、制度の持続可能性の名の下に反故にされてはならない。

高齢者の介護をきちんと社会全体で支えることができているのか、振り返り、立て直すタイミングは今しかない。

【参考文献】

- 平成20年版厚生労働白書(2008)、厚生労働省編「社会保障国民会議・同第二分科会」資料
- 「安心と希望の介護ビジョン」資料
- 阿部崇(2007)「新しい介護保険Q&A2007」、じほう
- 阿部崇(2006)「利用者と共有できる『介護報酬ナビ』2006年4月改定」、じほう
- 厚生省の指標「保険と年金の動向(2007)」、(財)厚生統計協会
- 「介護経営白書2008年度版」、日本医療企画
- 「大丈夫!医療・介護・年金これで安心」、日本経済新聞社
- 阿部崇(2007)「公的保険の守備範囲と民間生保の役割」、生命保険経営第75巻第6号
- 阿部崇(2005)「介護報酬2006年改定が担う『制度見直し』の真価」、ニッセイ基礎研究所『ニッセイ基礎レポート2005年2月号』