

介護保険制度は如何にすべきか

林田 雅博

はじめに

介護保険制度は、40～64歳の医療保険被保険者（第2号被保険者）および65歳以上の全住民（第1号被保険者）から介護保険料を徴収し、原則として65歳以上で要介護状態になった時に、1割の自己負担で介護サービスを利用できる制度である。

制度ができた背景には、寝たきりや認知症の高齢者が増加する一方で、核家族化の進行、高齢者夫婦のみの世帯の増加、ひとり暮らし高齢者世帯の増加、女性の就労増加等により“家族による在宅介護”が次第に困難になってきたことがある。これらの状況を背景に、要介護高齢者の自立を支援し、要介護者を抱える家族の不安解消と負担軽減を実現することを目指して、この制度は2000年にスタートした。既に制度発足後10年が経過したが、当初目指した期待に十分応える制度になっているかどうか、各方面から疑問が提起されている¹。

本研究報告においては、第1章で「日本の人口高齢化と介護問題」の関連度を概観し、第2章で「高齢者介護政策の歴史」、第3章で「介護保険制度の概要」を整理し、第4章では「介護保険制度が直面している課題」を挙げ、第5章において、日本と相前後して本格的介護保険制度を導入した「ドイツ・韓国の介護保険制度との比較」を試み、第6章において、「介護保険制度をめぐる課題にどう取り組むべきか」考察を試みたい。

第1章 日本の人口高齢化と介護問題

(1) 日本の高齢化の特徴

日本の人口高齢化は欧米主要国をはるかに上回るスピードで進行しつつある。高齢化のスピードを示す倍化年数（高齢化率＝65歳以上人口比率が、高齢化社会の指標とされる7%から2倍の14%になるのに要した年数）は、日本が1970年（7.1%）から1994年（14.1%）の24年であるのに対し、ドイツ40年、英国47年、フランス115年、スウェーデン85年である²。日本の高齢化率は2005年には20%を超え、先進国中トップである。

日本の人口高齢化には、つぎのような特徴がある（図1参照）。

¹ NHKスペシャル取材班『愛なき国—介護の人材が逃げていく』阪急コミュニケーションズ 2008年、結城康博『介護・現場からの検証』岩波書店 2009年、『週刊ダイヤモンド』2009年5/2.9号「介護地獄脱出」、日本経済新聞 2009年6月16,17日「きしむ介護保険・10年目の課題」

² 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008年 p169

第1の特徴は高齢者人口の規模が大きいことで、2005年10月時点で65歳以上の高齢者人口は2,576万人、主要国中、中国・米国に次いでいる。高齢者人口の規模が大きければ高齢者介護保障システムの対象者数と財政の規模も必然的に大きくなる。この高齢者人口は、2020年までには3,500万人を超えると予測されており³、その後も増加を続け、2040年ごろには3,850万人強に達し、ピークを迎える。

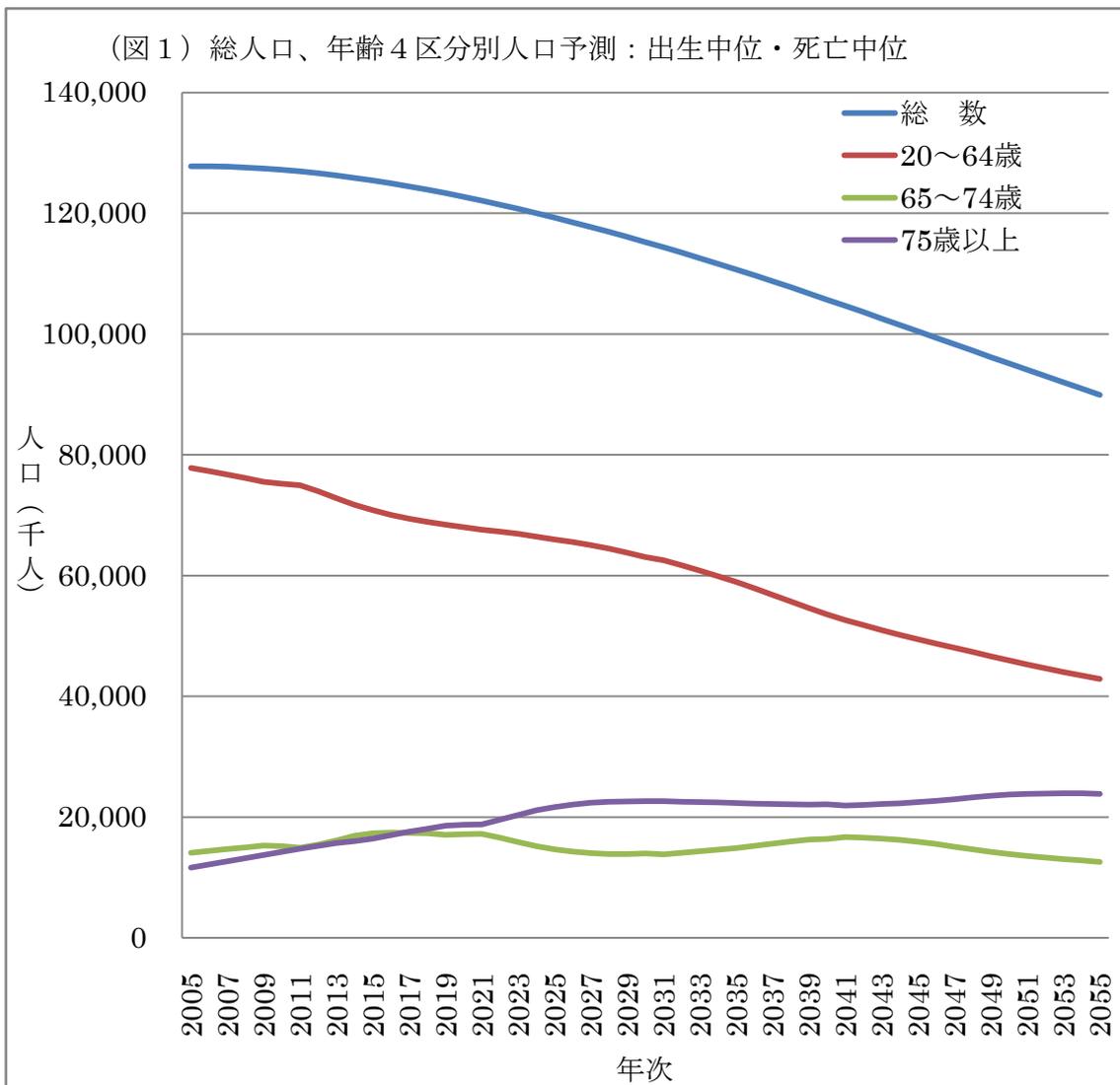
第2の特徴は高齢化率のピーク水準が高いことで、2055年には40%を超えるものと予想されている。西欧諸国の高齢化率は、高い国でも30%台前半の見込みである。

第3の特徴は、高齢者のなかでも75歳以上の後期高齢者人口が急増することである。後期高齢者人口は2005年時点では1,163万人、全人口の9.1%だが、2017年には前期高齢者人口を上回り、2019年に全人口の15%、2033年に20%、2055年には26.5%（2,386万人）になると予測されている。国民の4人に1人が75歳以上になる。

第4の特徴として、総人口が減少する中で高齢化が進行していく。日本の総人口は2005年にピーク（1億2,776万人）を迎えた後、長期の人口減少過程に入っており、2025年に1億2,000万人を、2036年に1億1,000万人を、2046年には1億人を割り込み、2055年には9,000万人を下回ると予測されている。その一方で、世界一の長寿国として平均寿命が延びることから、65歳～74歳人口は2040年代前半まで増加、75歳以上人口は2050年代前半まで増加を続けると見込まれている。人口減少下の高齢者人口増加は、労働力人口の減少と消費者人口の減少による経済への影響、税や保険料を負担する現役世代の減少と給付の増大による社会保障制度への影響など、日本社会に多大な影響を与えることになる。

1970年代以降急速に進んだ人口高齢化が、2000年の介護保険制度創設の大きな理由になったものであるが、今後も高齢者人口とりわけ後期高齢者人口の増加が長期にわたり続くことは不可避であり、それは要介護高齢者の増大と介護需要の増大に、ひいては介護費用の増大につながることになる。その一方で、現役世代＝労働力人口の減少は、税・保険料の負担者の減少を意味するだけでなく、介護サービス従事者の人材確保のネックになる恐れがある。今後の介護保険制度の運営は、需給両面で予断を許さない状況にあると言える。

³ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2006年12月推計）
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikei07/index.asp>
以下本節の予想数値は全て出所同じ。



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」2006年12月

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/index.asp>

(2) 高齢者世帯の実情

かつては三世帯同居世帯の比率が高いことが日本の家族の特徴であり、65歳以上高齢者のいる世帯のうち三世帯同居世帯の占める割合は、1980年には50.1%であったが、1989年（平成元年）には40.7%に、さらに2008年には18.5%まで減少した。他方、65歳以上の高齢者のいる世帯のうち単独世帯と夫婦のみ世帯の割合が増加し続け、2008年では単独世帯は22.0%（4,352千世帯）、夫婦のみ世帯は29.7%（5,883世帯）となっている（表1）。

(表1) 65歳以上の者のいる世帯数及び世帯構造別構成割合推移

年次	65歳以上の者のいる世帯		単独世帯	夫婦のみ世帯	三世代世帯	65歳以上の者のみ世帯
	全世帯に占める割合 (%)					
	推計数 (単位：千世帯)					
1986	9,769	(26.0)	1,281	1,782	4,375	2,339
1989	10,774	(27.3)	1,592	2,257	4,385	3,035
1992	11,884	(28.8)	1,865	2,706	4,348	3,666
1995	12,695	(31.1)	2,199	3,075	4,232	4,370
1998	14,822	(33.3)	2,724	3,956	4,401	5,597
2001	16,367	(35.8)	3,179	4,545	4,179	6,636
2004	17,864	(38.6)	3,730	5,252	3,919	7,855
2007	19,263	(40.1)	4,326	5,732	3,528	8,986
2008	19,777	(41.2)	4,352	5,883	3,667	9,237
	構成割合 (単位：%)					
1986	100.0	-	13.1	18.2	44.8	23.9
1989	100.0	-	14.8	20.9	40.7	28.2
1992	100.0	-	15.7	22.8	36.6	30.8
1995	100.0	-	17.3	24.2	33.3	34.4
1998	100.0	-	18.4	26.7	29.7	37.8
2001	100.0	-	19.4	27.8	25.5	40.5
2004	100.0	-	20.9	29.4	21.9	44.0
2007	100.0	-	22.5	29.8	18.3	46.6
2008	100.0	-	22.0	29.7	18.5	46.7

出所：厚労省「平成20年国民生活基礎調査」

高齢者の所得状況を見ると高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の者が加わった世帯）の1世帯あたり平均年間所得は、2007年で306.3万円であり、全世帯の平均566.8万円の半分強であるが、世帯人員一人当たりで見ると195.5万円と全世帯平均207.1万円と大差はない。ただし、高齢者世帯の所得格差は大きく、低所得の世帯が多い。年間所得200万円未満の世帯は、全世帯では17.9%だが、高齢者世帯では39.2%、うち100万円未満は全世帯6.2%に対し高齢者世帯は15.3%である。また、50万円未満の高齢者世帯が4%存在する（表2、図2）。高齢者世帯の所得を種類別にみると、公的年金・恩給が68.4%（2007年）を占め、公的年金・恩給が所得のすべてという世帯は61.5%（同年）に上り、公的年金への依存度が極めて大きい。

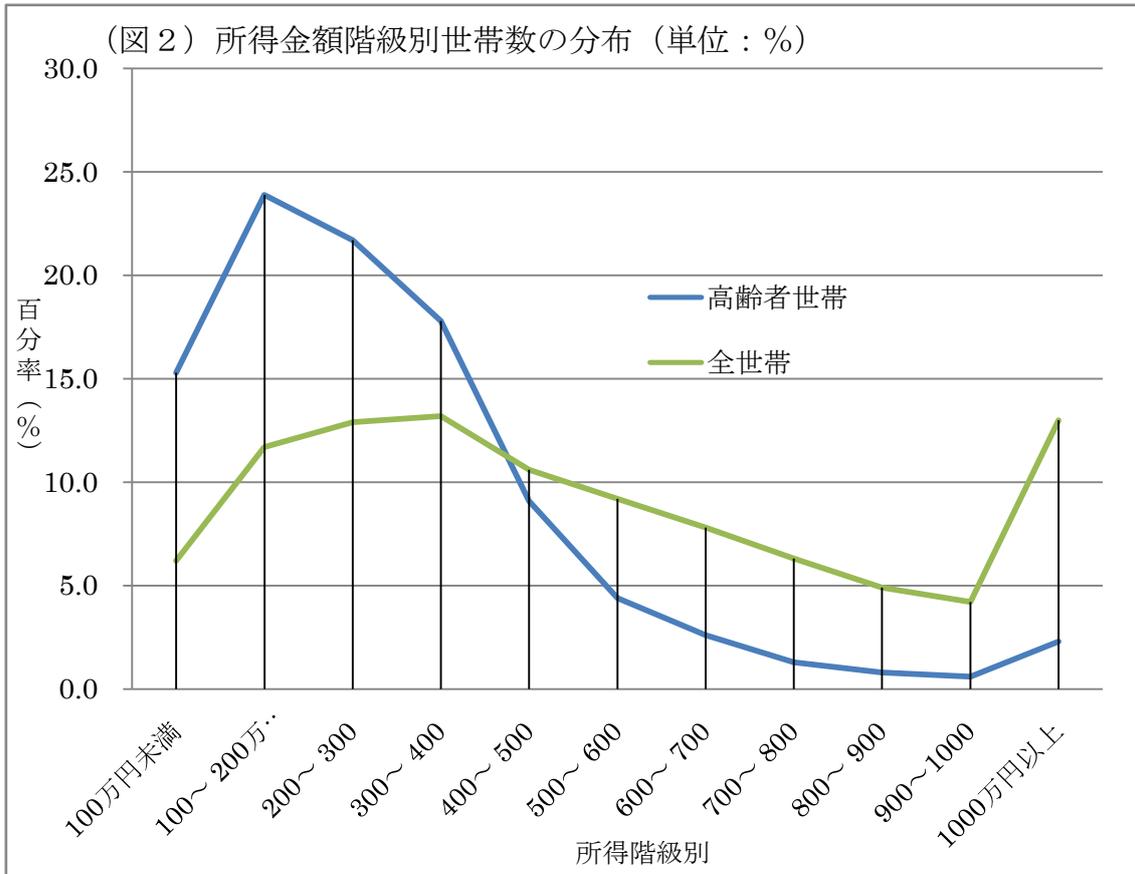
高齢者夫婦のみ世帯および単独世帯は今後も増加が続くと考えられ、同居家族では要介護者の介護に対処できないケースが更に増加し、介護サービスに対する需要が増大することとなる。また、低所得の高齢者世帯が多数存在することは、医療保険制度、介護保険制度を整備する上で考慮が必要である。

(表2) 所得金額階級別世帯数の分布状況

所得金額階級	高齢者世帯		全世帯	
	累積百分率 (%)	百分率 (%)	累積百分率 (%)	百分率 (%)
総数		100.0		100.0
50万円未満	4.0	4.0		
50～100万円未満	15.3	11.3	6.2	6.2
100～200万円未満	39.2	23.9	17.9	11.7
200～300万円未満	60.9	21.7	30.8	12.9
300～400万円未満	78.7	17.8	44.0	13.2
400～500万円未満	87.8	9.1	54.6	10.6
500～600万円未満	92.2	4.4	63.8	9.2
600～700万円未満	94.8	2.6	71.6	7.8
700～800万円未満	96.1	1.3	77.9	6.3
800～900万円未満	96.9	0.8	82.8	4.9
900～1000万円未満	97.5	0.6	87.0	4.2
1000万円以上	100.0	2.3	100.0	13.0
1世帯当たり所得金額(万円)	平均値	306.3	566.8	
	中央値	244.0	451.0	
世帯人員1人当たり所得金額(万円)		195.5	207.1	

出所：厚労省「平成19年国民生活基礎調査」

<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html>



(出所) 厚労省「国民生活基礎調査」平成19年より作成

(3) 要介護認定者の増加状況

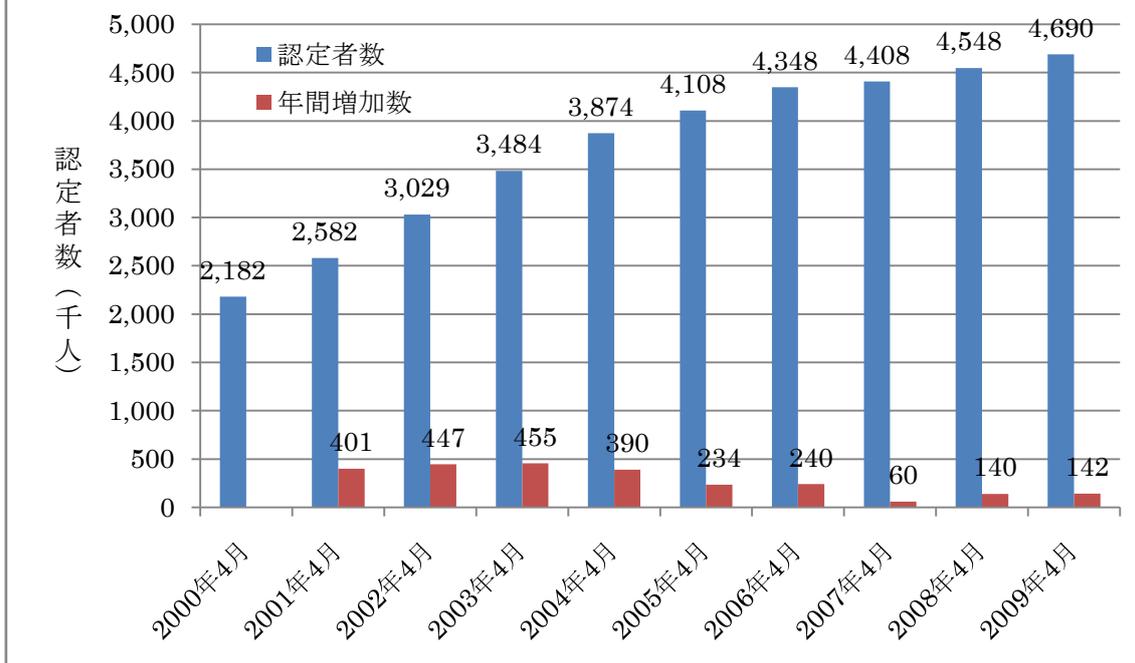
介護保険制度導入後の要介護・要支援認定者数の推移は(図3)の通りであり、2006年4月までは年間24万人～45万人の増加が続き、導入当初に比べほぼ倍増、2006年4月には430万人を超えた。その後やや増加は鈍っているが、2009年4月には470万人に迫っており、制度導入前の厚労省の推計(図4)を大きく上回る状況になっている。今後も、高齢者人口の増加、特に75歳以上の後期高齢者人口の増加が続くことから、要介護・要支援認定者数の増勢が続くと考えられる⁴。

2006年以降の認定者数増加が鈍った背景には、2005年度の介護保険制度の改定(要介護認定区分の変更、介護予防サービス・地域支援サービスの創設など⁵。実施は2006年度)の影響があると考えられる。

⁴ 筆者が試算した要介護・要支援認定者数の予測数値は、第4章(1)(表9)に記載のとおりで、2020年度に641万人、2025年度に715万人、2030年度には740万人に達する見込みである。

⁵ 本報告 第4章(5)を参照されたい。

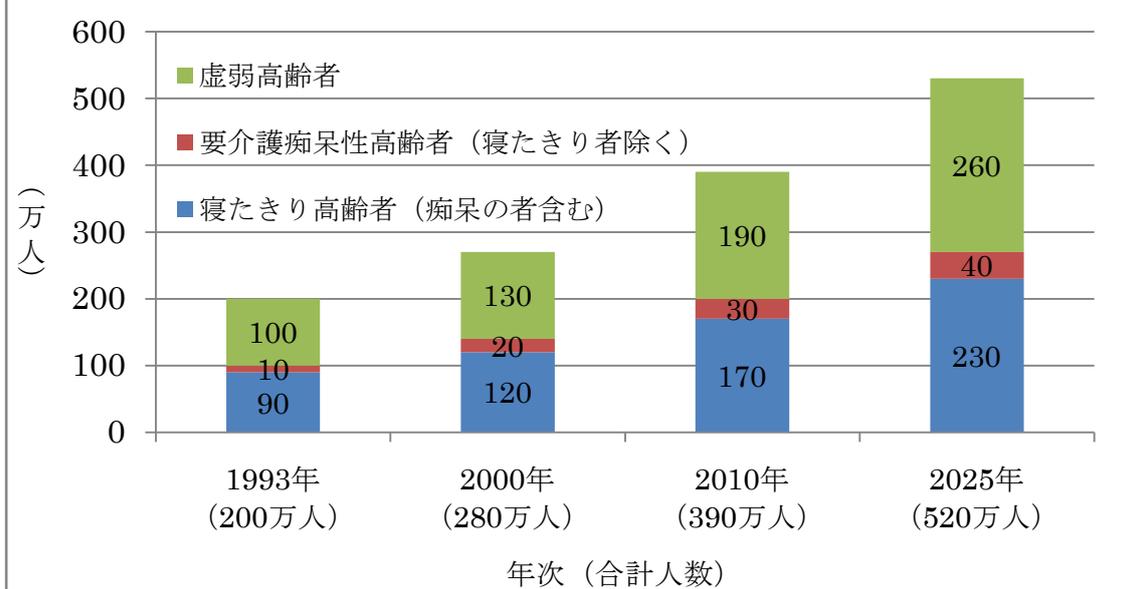
(図3) 要介護・要支援認定者数の推移



出所：厚労省「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」より作成

<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html#itiran>

(図4) 寝たきり高齢者数等の将来推計



(注) 厚生省「国民生活基礎調査」「社会福祉施設等調査」「患者調査」「老人保健施設実態調査」から厚生省推計（平成8年厚生白書掲載）

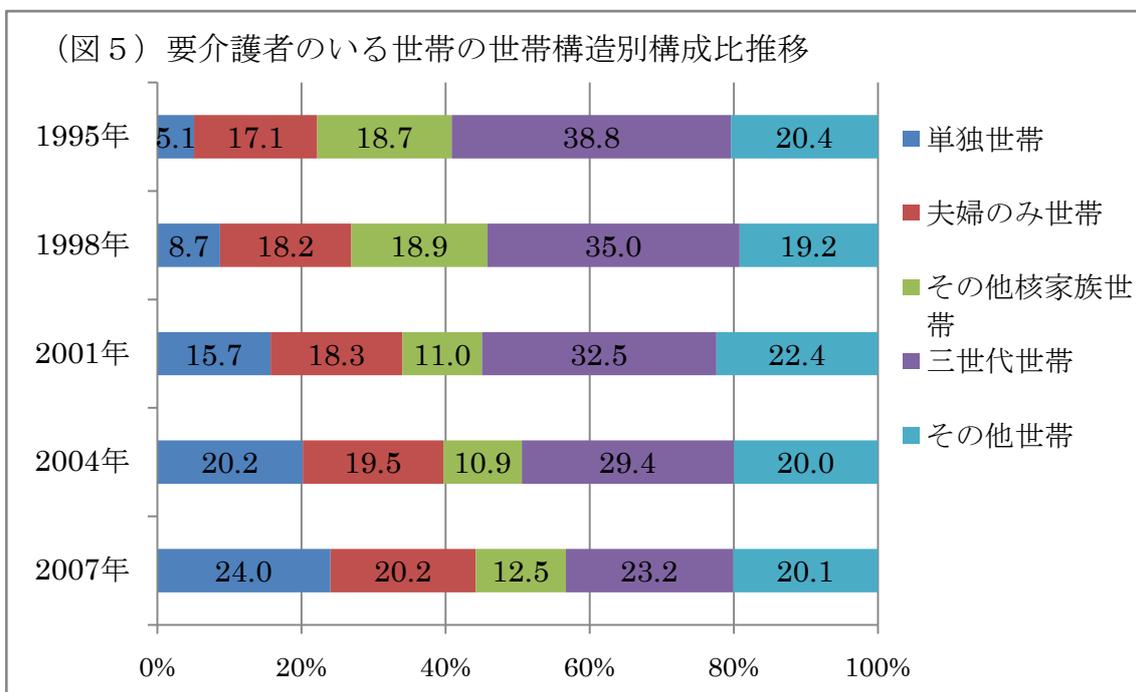
(出所) 佐藤進・河野正輝『介護保険法』法律文化社 1997年9月 p 8

(4) 要介護高齢者のいる世帯の状況

要介護高齢者数が増加を続けるなか、要介護高齢者のいる世帯の世帯構造を見ると、(図5)の通りである。介護保険制度導入が準備されつつあった2000年以前に比べ、導入後の2001年以降は単独世帯・夫婦のみ世帯の比率が増加、特に単独世帯が顕著に増加する一方で、三世帯世帯は大きく減少している。

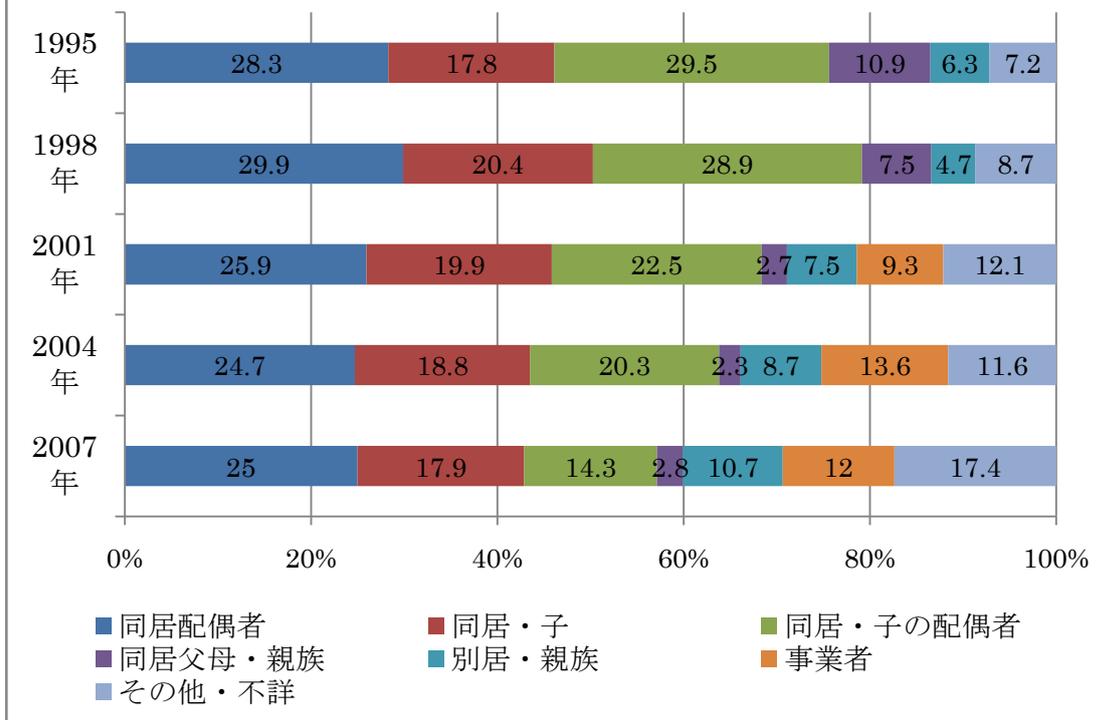
さらに、「介護する人は誰か」を見たデータが(図6)の「主な介護者の状況」である。介護保険制度導入以前は、要介護高齢者(寝たきり者)の9割近くが同居家族によって支えられていたが、介護保険制度導入後は、同居家族による介護の割合が減少、別居親族による介護が増加し、新たに「事業者」による介護が登場し1割強の比率を占めるようになっていく。同居家族による介護の比率は、減少はしたものの60%を占めており、依然として介護の支柱となっている。

要介護高齢者の増加と家族構成の変化が並行して進行するなかで、家族および親族に介護を委ねたまま放置することは許されず、介護保険制度の整備が極めて重要であることが伺える。



(出所) 厚労省「国民生活基礎調査」各年より作成

(図6) 主な介護者の状況 (同別居・続柄)



(注) 1995、1998年は「寝たきり者」の主な介護者の状況であり、2001年以降は「要介護者」の主な介護者である。

(出所) 厚労省「国民生活基礎調査」各年より作成

<http://www.bm.mhlw.go.jp/toukei/list/20-20.html>

第2章 高齢者介護政策の歴史

(1) 老人福祉法の制定・特養老人ホーム創設とホームヘルパーの制度化

高齢期の介護サービスは、1963年制定の老人福祉法により、その基盤整備が開始されることとなった。それまでの老人福祉政策は低所得者を対象とするものであったが、老人福祉法制定により、高齢者一般にまで福祉の対象が広げられた。同法では、国・地公体の老人福祉増進の責務が明確化され、老人福祉施設や在宅福祉、健康増進や社会参加推進等、老人福祉全般にわたる施策が規定された。

老人福祉施設においては、新たな介護施設である「特別養護老人ホーム」が創設された。生活保護法による養老施設は「養護老人ホーム」が継承し、創設された「特別養護老人ホーム」は、本人・家族の所得の多寡を問わず、常時介護が必要であるか否かでサービス利用の可否を判断するものである。低所得者に限らず入所できることから画期的とされたが、要介護高齢者の増加に整備が追いつかず、特に都市部で大量の入所待機者が発生する事態

となり、この状態は 2009 年現在も解決していない。

在宅福祉においては、家庭奉仕員（現在のホームヘルパー）が独居の寝たきり老人などを訪問して日常生活の支援をする「在宅家庭奉仕員派遣事業」が制度化された。市町村管轄の福祉事業だが、多くは社会福祉協議会が実施主体となった。

1973 年には、老人医療費の窓口負担が無料化され、この結果、病院のベッドが要介護高齢者の収容先となり、いわゆる高齢者の「社会的入院」が増加することとなった。

1980 年代頃までは、老人福祉サービスの利用者は一人暮らしの低所得者が中心であった。その要因には施設やサービスの量的不足もあげられるが、最も大きな要因は、高齢者が子どもと同居することが一般的で、高齢者の世話は家族の仕事と考えられていたことがある。介護が必要になったときに、施設に入所することには抵抗感が強く、在宅で利用できるサービスも少なく、①家族で世話をするか、②老人病院等の医療機関に入院するか、いずれかを選択するのが、80 年代頃までは一般的であった。また、1973 年に実施された老人医療費無料化政策が、②の選択を助長したと言える。

（2）ベストセラー『恍惚の人』から「ゴールドプラン」策定まで

1972 年、曾野綾子著『恍惚の人』がベストセラーになった。同書は、認知症の義父の介護に疲れ果てる嫁の姿を描き、高齢者介護に対する社会的支援が極めて不十分なことを告発するものであった。この頃から、寿命の延びに伴い高齢者介護期間が長期化する一方、核家族化、高齢者夫婦のみ世帯やひとり暮らし世帯の増加、女性の就労増加等により“家族による在宅介護”の基盤が弱体化し、高齢者の介護問題は社会的な関心事となっていく。これらを背景に社会保障政策において対応がとられようになっていく。

まず医療面では、老人保健法が 1982 年に制定された（施行 1983 年）。同法は高齢者の医療費の負担公平化、高齢者の健康確保をめざすもので、制定に伴い老人医療費無料制が見直され窓口負担が復活し、あわせて「特例許可老人病棟制度」が創設された。「特例許可老人病棟」とは、高齢者の慢性疾患に対応して医師・看護師の配置を少なくする代わりに、介護職員を配置するなど一定の基準を満たす病院である。

1986 年には老人保健法が改正され、「老人保健施設」が創設された。「特例許可老人病棟」が「社会的入院」の温床となり、寝たきりの老人患者を多数抱えていたことから、彼らを病院から家に戻すリハビリのために「老人保健施設」が創設されたもので、症状が安定し、入院治療よりも介護・機能訓練等のケアを必要とする高齢者が対象になる。当初は在宅復帰まで 3～6 ヶ月程度の短期間入所を想定していたが、発足後の実態を見ると短期の入所後

に在宅へ戻るケースは少なく、入所が長期化し期限付き入所施設の性格が強くなっている模様である。

1992年の医療法改正により、療養型病床群制度⁶が創設された。長期療養を必要とする患者を収容することが目的で、職員配置基準も一般病院に比べ医師・看護師は少数だが、介護職員を手厚く配置するようになっている。

80年代から90年代にかけて以上のような医療面の変革が進行するなか、高齢者福祉分野では、①施設整備ばかりでなく、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、在宅福祉政策の充実を図ること、②身近な行政機関である市町村が中心となること、③高齢者保健福祉サービスの基盤整備を計画的に行うようにすること、という方向で法制度の変革が進められた。

1985年には、社会保障審議会建議「老人福祉のあり方について」で、民間活力の導入が提言され、高齢者福祉への民間活力導入の取り組みが中央省庁レベルで始まり、相前後して訪問入浴・訪問介護サービスに民間業者⁷が参入を始めている。1988年には、「社会福祉士及び介護福祉士法」が施行され、社会福祉士と介護福祉士が国家資格として制定された⁸。1990年には、老人福祉法・老人保健法が改正され、市町村を高齢者福祉行政の中心と位置づけるとともに、全市町村、全都道府県に高齢者福祉サービス基盤整備のための老人保健福祉計画策定を義務付けた。

1989年12月には、関係大臣合意により「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。ゴールドプランの目的は、高齢化の進行に備えて在宅介護の拡充を図ることであり、在宅福祉サービス・施設福祉サービスについて10年後の1999年の目標値を設定し、毎年予算化し計画的に整備を進めていくことになった。ゴールドプランによって「病院から家へ」という方向が明確に打ち出されたと言える。在宅介護サービスの3本柱として、①ホームヘルパー31,405人を10万人に、②デイサービス1,080か所を1万か

⁶ 2008年から開始された「医療費適正化計画」に基づき「療養病床の再編成」を進めていくことが決定している。介護保険適用の介護療養病床は2012年3月までに廃止、医療保険適用の医療療養病床は削減されることになっている。

⁷ 日本福祉サービス（株）（現セントケア・ホールディング（株））が1983年に設立され、介護サービスを開始した。このころから民間事業者の参入が続いた。

⁸ 社会福祉士は“福祉に関する相談業務”を行う役目を負い、就労先は社会福祉施設・社会福祉協議会・医療機関・行政機関などであるが、2007年3月現在8万3千人が資格を取得しているものの活用状況は低調の模様である。介護福祉士は介護業務の中心的役割を担うもので、2007年3月現在54万8千人の資格取得者がいるが、介護職についていない者が30万人程度いるようである（NHKスペシャル取材班『愛なき国／介護の人材が逃げていく』阪急コミュニケーションズ 2008年 p113）。

所に、③ショートステイ 4,274 人分を 5 万人分に増やすことが目標に掲げられた⁹。さらに、1994 年 12 月には「新ゴールドプラン」として改定され、目標値の引き上げ等の見直しを実施された。在宅サービスの新目標値は、ホームヘルパーが 17 万人、デイサービスが 1 万 7 千か所、ショートステイが 6 万人分に引き上げられ、施設サービスについても、特別養護老人ホームの目標 24 万床が新ゴールドプランでは 29 万床に引き上げられた¹⁰。ゴールドプラン策定時には介護保険制度の創設は想定されていなかったが、これら新旧ゴールドプランにより、在宅介護サービスの基盤整備・介護施設設置・ホームヘルパー増員等が図られ、介護保険制度実施にむけての基盤整備が進んだと言える。

(3) 介護保険法の制定

1994 年 4 月、厚生省内に高齢者介護対策本部が設置され、社会保険方式の介護保険制度創設の構想が打ち出された。政府レベルでは「与党福祉プロジェクト」が発足し、連立政権（自由民主党・社会党・新党さきがけ）の意思決定機関として、介護保険制度導入の推進役となった。さらに、学識経験者を委員とする「高齢者介護・自立支援システム研究会」の議論、老人保健福祉審議会の審議・報告等を経て、1996 年 11 月に介護保険法案が国会に提出され、1997 年 12 月には同法が成立した。

介護保険制度は、新たな保険料の負担が必要となる社会保険方式であること、従来の制度の大幅変更であることなどから、福祉や医療関係者だけでなく社会全体の関心を集めた。一部の研究者等からは、「公的責任の後退」という批判の声も上がったが¹¹、政府が行った世論調査によれば、国民の約 8 割が介護保険制度の創設に賛成していた。その背景としては、①高齢化の進行による要介護高齢者の増加、②介護の重度化と長期化傾向、さらに③在宅のねたきりを介護する人（介護者）の約半数が 60 歳以上、4 分の 1 近くが 70 歳以上の「老老介護」が主流となっていたこと¹²、④介護者の 8 割強が女性（配偶者・娘・嫁）であったこと¹³、などから、介護の不安解消と介護負担の軽減を望む声が切実であったことがあげられる。また、1994 年にドイツにおいて介護保険制度が施行されたことも、制度創設の追い風になったと言える。

⁹ NHK スペシャル取材班『愛なき国／介護の人材が逃げていく』阪急コミュニケーションズ 2008 年 p114

¹⁰ 佐藤信人『介護保険－制度としくみ』建帛社 1999 年 5 月 p 23

¹¹ 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008 年 p 175

¹² 介護保険制度導入直前の 1998 年では介護者の 50.9%が 60 歳以上、22.9%が 70 歳以上であった（厚生省「国民生活基礎調査」平成 10 年）。

¹³ 1998 年時点では介護者の 84.4%が女性であった（同上調査）。

第3章 介護保険制度の概要

(1) 制度創設の狙い

狙いの第一は、介護を必要とする要介護高齢者の自立支援であり、要介護高齢者の有する能力を最大限に生かして、日常生活を自立して営めるよう支援し、あわせて家族等の介護者の負担軽減を図ることである。介護保険法第1条においては、「この法律は、加齢によって生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり・・・介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について・・・その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため・・・必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と規定している。

第二の狙いは、福祉分野（老人福祉法）と医療分野（老人保健法）に分かれていた従来の介護政策の問題点を解消、必要に応じたサービスを利用者自らが選択して受けることのできる体制をつくることである。従来の老人福祉は、「措置制度」と呼ばれる仕組みを採っており、市町村が法に基づいて要件に合致すると判断する人に、「措置」としての福祉サービスを給付する仕組みであった。介護保険制度では、「措置」ではなく“希望するサービスと提供事業者”を利用者が選択し、利用者と事業者との契約に基づいてサービスが提供される仕組みとなった。また、サービス提供事業者として民間事業者の活用が進められることとなり、「居宅サービス」の分野では営利法人を含む民間事業者の参入が自由化された。利用者が事業者を自由に選択し、サービスに見合う対価を契約に基づき支払う、という市場取引の仕組みが導入されたことになる。

第三の狙いは、財政方式として社会保険方式を採用し、公費の負担を軽減することである。従来の老人福祉分野の財源は国・地公体の公費で100%賄われており、高齢化の進行に伴う介護費用の増大が国と地公体の財政の大きな負担となりつつあったが、社会保険方式導入により、介護費用の半分は保険料で調達され、残りの半分を公費（国・県・市町村）で賄うことになった。

(2) 介護保険制度の仕組み

この制度は、40～64歳の医療保険被保険者（第2号被保険者）および65歳以上の全住民（第1号被保険者）から介護保険料を徴収し、原則として65歳以上で要介護状態になった時に、1割の自己負担で介護サービスを利用できる制度である。

保険の運営者（保険者）は市町村で、国民健康保険と同じく地域保険型の運営になって

いる。ただし、市町村のみでは力に限界があるので、国・都道府県・医療保険・年金保険が「重疊的に」支援する仕組みになっている。具体的には、利用者負担を除く総給付費の2分の1を公費で負担し、公費の半分を国が負担し、残りの半分を都道府県と市町村が折半して負担している。保険料の徴収も、年金保険者と医療保険者がかなりの部分を代行している。また、複数の市町村が「事務組合」を作って共同で事務を行なうところ、あるいは「広域連合」を組織して保険者機能を行なうところもある。

被保険者は、65歳以上の1号被保険者と40歳以上65歳未満の2号被保険者とに分けられる。1号被保険者の保険料は、市町村ごとに基準額と年間所得に応じた乗率段階が設定されている¹⁴。1号保険料の徴収は市町村が行うが、公的年金額が18万円以上の人は年金保険者が天引きし市町村に支払う。1号保険料の額は市町村によってかなりの差がある模様である¹⁵（図7参照）。2号被保険者の保険料は、加入する医療保険ごとに保険料水準が設定され、医療保険者が医療保険料と一緒に徴収し、社会保険診療報酬支払基金経由で市町村に支払う。2号被保険者のうち被用者の保険料は労使折半である。

保険給付は、1号被保険者については、要介護（要支援）状態に該当すれば原因を問わず受給可能である。2号被保険者については、初老期痴呆・脳血管障害等の老化に起因する要介護状態に限り受給可能である。

介護サービスを受けるには要介護認定が必要である。介護を希望する被保険者が市町村に申請し、市町村職員の訪問調査→コンピュータ判定（一次判定）→介護認定審査会¹⁶（二次判定）を経て、申請から30日以内に要介護度が決定・通知される（表3）。要介護度の区分は、要支援1・2¹⁷、要介護1～5と7段階あり、段階別に居宅介護サービスの1か月の利用限度額（区分支給限度額）が決められる（表4）。要介護度認定には6か月～24か月の有効期間があり、期限の60日前から更新申請が可能である。

介護サービスを利用するには、「ケアプラン」（要支援は「予防プラン」）という介護サー

¹⁴ 我孫子市の2009～11年度（第4期）の基準額は年額43,700円、乗率段階は0.5～2.0の8段階。「基準額×乗率」が各被保険者の保険料額となる。

¹⁵ 第4期（2009～11年度）の全国保険者（1,628）の1号保険料の基準額（月額）は平均4,160円だが、3,500円以下の保険者が275（16.9%）ある一方で、4,500円超の保険者が290（17.8%）あり、5,500円を超える保険者も13（0.8%）ある（厚労省「第4期の介護保険料について」（報道発表資料））。

¹⁶ 介護認定審査会のメンバーは3～4人で、医師・看護師・介護福祉士など保健・医療・福祉の専門家由市町村が任命した者で構成される。任期は2年。

¹⁷ 2005年の法改正により、従来の「要支援」が「要支援1」に、「要介護1」の大部分が「要支援2」になり、要支援1・2は「介護予防サービス」を利用することとなった。「介護予防サービス」のメニュー自体は「介護給付サービス」と同じだが、目的が「予防」である点が異なっており、それによるサービス利用の制約もある模様。

ビス利用のスケジュール表の作成が必要である。通常、要介護者自身では利用すべきサービスの種類・その単価・選択すべき事業所の情報は持っていないことが多い。それらの情報を提供し相談に乗り、ケアプラン作成を手伝うのが「ケアマネージャー」¹⁸である。個々人の状況に合わせて作成された「ケアプラン」（要支援は「予防プラン」¹⁹）に基づきサービスを選択し、「ケアマネージャー」（要支援は「地域包括支援センター」）の支援により事業所と契約を結び、サービスを利用することとなる。利用可能サービスは、大別して、①居宅サービス、②地域密着型サービス（2005年法改正で導入、市町村が指定する事業者がその市町村の住民限定で中重度要介護者受入れ）、③施設サービス、の三つである（表5）。保険給付は、介護サービスの現物給付に限られ、ドイツのような現金給付はない。

（表3）要介護認定の流れ

Step 1	申請	本人や家族のほか、在宅支援事業者などが申請書類を市町村の窓口へ提出
Step 2	訪問調査	市町村職員等が訪問し、調査表に基づいて聞き取り
Step 3	コンピュータ判定	訪問調査結果をコンピュータに入力し判定（第一次判定）
Step 4	介護認定審査会	介護の必要度合いについて、かかりつけ医師の意見書と第一次判定の結果に基づいて第二次判定を実施
Step 5	認定通知	介護認定審査会で決定された要介護度・区分支給限度額・有効期間を本人に通知（申請から30日以内）

（表4）介護度別・介護サービスの給付基準と利用者負担

要介護度	利用可能サービス	区分支給限度額の単位 ^{注1}	利用者負担額
要支援1	介護予防サービス	4,970 単位	[在宅のサービス] 区分支給限度額内×1割+限度額超過×全額
要支援2		10,400 単位	
要介護1	介護給付サービス	16,580 単位	家賃&食事代×全額自己負担 [ケア付き住宅型介護サービス ^{注2}]
要介護2		19,480 単位	

18 ケアマネージャーの資格は、保健・医療・福祉分野の実務経験を5年以上有する人が国家試験に合格し研修を受けることで取得できる。2006年度までの国家試験合格者は累計40万人。ケアマネジメント事業所の94%が介護サービス事業所併設でありケアマネージャーの殆どは居宅介護支援事業所に所属している模様。（服部万里子『図解でわかる介護保険のしくみ』日本実業出版社2007年）

19 「予防プラン」の作成は、ケアマネージャーではなく「地域包括支援センター」が行う。「地域包括支援センター」は市町村が設定する生活圏域に1か所設置され、要支援者の方からは、利用するセンターを選択することはできない。

要介護3		26,750 単位	要介護度別1日あたり定額×1割＋ 入居費用&食費×全額 [介護3施設] 要介護度別費用×1割 ＋入居費&食費×全額
要介護4		30,600 単位	
要介護5		35,830 単位	

(注1) 区分支給限度額の単位：

単位×地域別の円換算額単価(11.05～10.00円)＝支給限度額となる。

(注2) ケア付き住宅型介護サービス：

介護付き有料老人ホーム等の特定施設や、グループホームの入所者が受ける介護サービス。内部サービスに加え2006年から外部サービス利用型が誕生した。

(出所) 服部万里子『図解でわかる介護保険のしくみ』日本実業出版社 2007年、田中元『新・介護保険で現場はこう変わる』ぱる出版 2009年 等により作成

(表5) 介護保険サービスの種類

① 居宅 サ ー ビ ス	訪問サービス	訪問介護(ホームヘルプサービス)、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、福祉用具貸与
	通所サービス	通所介護(デイサービス)、通所リハビリ(デイケア)
	短期入所サービス	短期入所生活介護(ショートステイ)、短期入所療養介護(同)
	居宅療養管理指導	通院困難な在宅療養者への医療ケア指導
	特定施設(介護付き有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅等)の入所者生活介護	
② 地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	夜間対応型訪問介護	
	認知症対応型通所介護(認知症デイサービス)	
	小規模多機能型居宅介護(訪問・通所・短期入所サービスの組合せ)	
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
	地域密着型・特定施設入所者介護(29人以下の小規模な有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅)	
地域密着型・介護老人福祉施設入所者生活介護 (小規模な特別養護老人ホーム)		
③ 施 設 サ ー ビ ス	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム ²⁰)	
	介護老人保健施設(老人保健施設 ²¹)	

²⁰ 地公体、社会福祉法人が運営主体。事実上「要介護4」以上が入所の基準になっている。

²¹ 在宅復帰に向けての一時入所が目的だが、入所が長期化している。

	介護療養型医療施設 ²²	
その他	住宅改造	上限 20 万円×0.9 を給付
	福祉用具購入	年 10 万円まで給付
	特定介護サービス費	低所得者に負担限度を設定し、基準額との差額を支給

(出所)服部万里子『図解でわかる介護保険のしくみ』日本実業出版社 2007 年等により作成

(3) 介護保険の財政

介護保険の財政方式も、公的年金および医療保険同様、賦課方式である。介護保険の財政期間は 3 年間で、保険者ごとに財政期間内の収入＝保険料＋公費と、支出＝介護給付費をバランスさせる仕組みである。介護保険給付費（1 割の利用者負担を除外）の財源は、保険料が 50%で、残りを公費（税財源）で賄う。公費負担の割合は、国が 2 分の 1（給付総額の 25%）、都道府県が 4 分の 1（同 12.5%）、市町村が 4 分の 1（同 12.5%）となっている。国が負担する 25%のうち 5%部分は、調整交付金として、各市町村の介護保険財政安定化に充てられる。

保険料のうち 1 号被保険者と 2 号被保険者の負担割合は、65 歳以上人口と 40 歳以上 64 歳以下人口の比率で決まる。スタート時点の 2000 年度では、1 号対 2 号被保険者の負担比率は 17:33 であったが、2003 年度では 18:32、2006 年度では 19:31 に変わっている²³。医療に比べると比較的高齢者の負担が大きい、おおよそ 6 割を現役世代が負担しており、受益は高齢者、負担は現役という構造は同じである。財源の半分を占める公費（税金）の負担を加えれば現役世代の実質負担割合は 6 割よりさらに高まる。

市町村の介護保険事業運営期間は 3 年であり、各市町村は 3 年ごとに「介護保険事業計画」を策定し、国の算定基準に基づき、その市町村の保険料を見直すことになっている。3 年間の財政期間で収支が合わない場合は、翌財政期間に繰越し、翌期の保険料に反映させる必要がある。市町村内の介護保険給付費が増加すれば、それに応じて保険料は引き上げざるを得ない。制度スタート時の 2000 年度の全国の介護総費用は 3.6 兆円、介護保険給付費は 3.2 兆円で、1 号被保険者の保険料基準額の全国平均は月額 2,911 円であったが、2007 年度にはそれぞれ 6.7 兆円、6.2 兆円、4,090 円に増加した（表 6）。2009 年度に始まる第 4 期の 1 号保険料基準額の全国平均は、第 3 期比 70 円プラスの 4,160 円になっている。また、各市町村の保険事業運営状況を反映して保険料水準にかなりのバラツキが生じている

²² 介護保険適用 13 万床と医療保険適用 25 万床があるが、2012 年 3 月までに介護保険適用床は廃止、医療保険適用床も削減される。廃止削減後の患者受入れ先確保が課題。

²³ 服部万里子『図解でわかる／介護保険のしくみ』日本実業出版社 2007 年 p 66

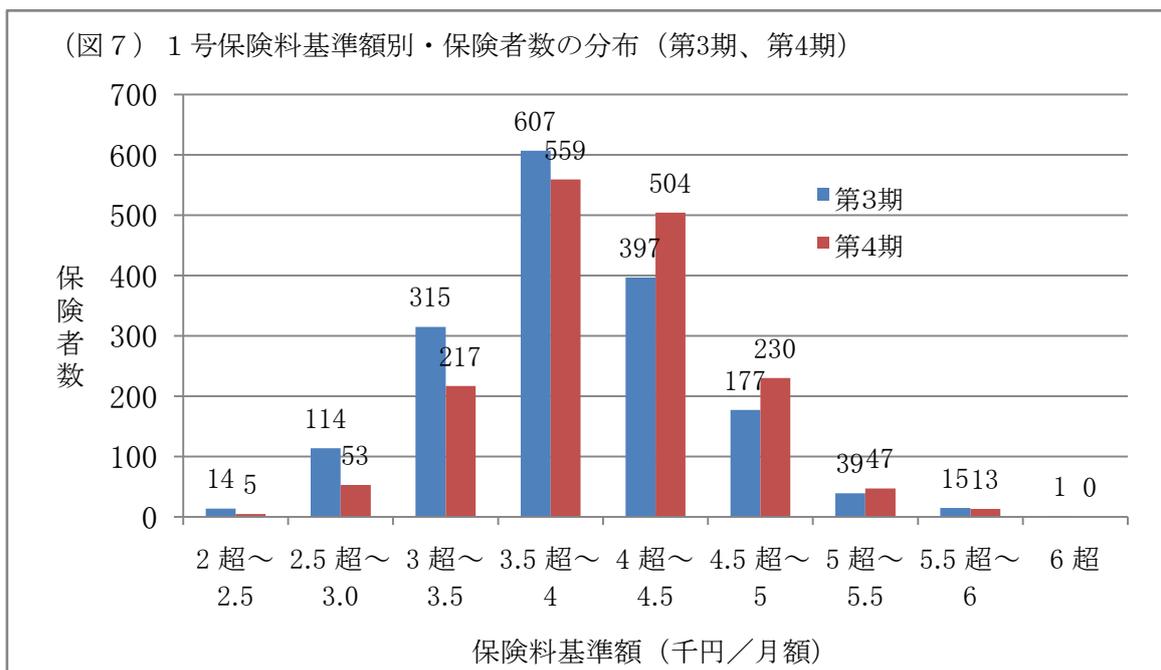
(図7)。なお、我孫子市の第4期(2009～2011年度)の保険料は(表7)の通りである。

介護サービスの給付は特殊な場合を除き65歳以上に限定されている。従って2号被保険者(40～64歳)が払う保険料は、1号被保険者(65歳以上)である要介護高齢者への給付に、そのほとんどが使われるのであり、世代間の所得移転である。

(表6) 介護総費用・保険給付費・1号保険料等の推移

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
介護総費用(兆円)	3.6	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4	6.7
保険給付費(兆円)	3.2	4.1	4.6	5.1	5.5	5.7	5.9	6.2
1号保険料基準額	(第1期)			(第2期)			(第3期)	
全国平均(月額)	2,911円			3,293円			4,090円	

(出所) 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社2008年p185、および「平成19年度介護保険事業状況報告(年報)」より作成



(注) 第3期:2006～2008年度、第4期:2009～2011年度

(出所) 服部『図解でわかる介護保険のしくみ』日本実業出版社2007年p59

厚労省「第4期の介護保険料について」(報道発表資料)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/04/dl/h0423-1a.pdf>

(表7) 我孫子市の第1号保険料 (第4期・2009～2011年度)

段階	区分	保険料率	保険料年額
第1	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で住民税非課税	基準額×0.5	(円) 21,800
第2	本人および世帯全員が住民税非課税で、課税年金収入額+合計所得金額=80万円以下	基準額×0.5	21,800
第3	本人および世帯全員住民税非課税で上記以外	基準額×0.75	32,700
第4	本人住民税非課税(世帯内に住民税課税者あり)	基準額×1.0	43,700 (月額3,641)
特例 第4	上記該当し、課税年金収入額+合計所得金額=80万円以下	基準額×0.9	39,300
第5	本人住民税課税で合計所得金額が200万円未満	基準額×1.25	54,600
第6	本人住民税課税で合計所得金額が200万円以上400万円未満	基準額×1.5	65,500
第7	本人住民税課税で合計所得金額が400万円以上800万円未満	基準額×1.75	76,400
第8	本人住民税課税で合計所得金額が800万円以上	基準額×2.0	87,400

(出所) 我孫子市「平成21年度 介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書」

第4章 介護保険制度が直面している課題

(1) 介護保険財政が膨張していく

1号被保険者数、要介護・要支援認定者数、介護サービス利用者数、介護保険給付額等の推移は(表8)の通りである。2007年度の要介護・要支援認定者数は、制度が発足した2000年度の1.77倍に、さらにサービス利用者数は1.97倍に増加しており、1号被保険者数の増加(1.23倍)を大きく上回る伸びとなっている。サービス利用者一人当たり給付額は横ばい乃至微減であるが、認定者数増とサービス利用者数増に伴い、保険給付額は1.90倍に増大し6兆円を突破した。

繰り返し述べたように保険給付額の50%は公費負担であり、給付額増加は国と地方の財政の負担増に直結する。また、2007年度の1号被保険者一人当たり保険給付額は2000年度の1.54倍になっており、そのために1号被保険者の保険料基準額の全国平均が月額2,911円(第1期)から4,160円(第4期・2009～11年度)に引き上げられた。

(表8) 要介護・要支援認定者数、サービス受給者数、介護保険給付額等の推移

年度	1号被保険者数 (万人)	要介護・ 要支援認 定者数 (万人)	介護サー ビス利用 者数 (万人)	保険給付 額 (10億円)	利用者一人 あたり給付 額(千円)	1号被保 険者一人 当り給付 額(千円)
2000	2,242	256	184	3,243	1,763	145
2001	2,317	298	218	4,114	1,887	178
2002	2,393	345	254	4,658	1,834	195
2003	2,449	384	287	5,099	1,777	208
2004	2,511	409	317	5,559	1,754	221
2005	2,588	432	337	5,794	1,719	224
2006	2,676	440	354	5,874	1,659	219
2007	2,751	453	363	6,160	1,697	224
2007/2000 (倍)	1.23	1.77	1.97	1.90	0.96	1.54

(注1) 被保険者数、認定者数は各年度末、サービス利用者数は年度間の1カ月平均

(注2) 保険給付額には、1割の利用者負担を含んでいない。

(出所) 平成19年度介護保険事業状況報告(年報)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/06/tp0624-1.html>

要介護・要支援認定者数、サービス利用者数、保険給付額、1号保険料等が、今後どこまで増加するか、次のような方法による予測を試みた。

- ① 1号被保険者数：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」2006年(出生中位・死亡中位)の65歳以上75歳未満人口、75歳以上人口の推計数を使用した。
- ② 要介護・要支援認定者数：65歳以上75歳未満の1号被保険者に占める認定者数の比率は4.64%(2007年度4.41%と2004年度4.87%の中間値)とし、75歳以上の1号被保険者に占める認定者の割合は29.14%(2007年度の比率、なお2004年度は29.07%)とし、40歳以上65歳未満の認定者数は2007年度の151千人(2004年度は143千人)が不変であるとして算出した。
- ③ 介護サービス利用者数：認定者数(年度末)に対するサービス利用者数(1カ月平均)の割合が80%(2007年度80.1%、2006年度80.5%)で推移すると仮定して算出した。
- ④ 保険給付額：介護サービス受給者一人当たり受給額を、2010年度は2007年度(1,697

千円)の3%増(2009年度介護報酬改定率)、2011年度以降の伸び率を年率+1.6%²⁴として算出した。

⑤ 1号被保険者保険料基準額平均：保険給付額に1号被保険者の負担割合を乗じ(保険給付額の50%を1号対2号の人口比で按分)、1号被保険者数で除して算出した。

以上の方法に基づく予測結果は(表9)のとおりである。要介護・要支援認定者数は、2020年度には640万人を超え、2030年度には740万人に達する。介護サービス利用者数は2020年度に510万人を超え、2030年度には600万人に迫ることになる。2006年4月実施の法改正により介護給付が抑制されたものの、認定者数・利用者数の増加により、保険給付額は2015年には8兆7千億円、2020年度に10兆5千億円、2025年度に12兆7千億円、2030年度には14兆2千億円に達し、その後も増加し続ける見込みである。この半分は公費で負担しなければならず、国と地方の財政悪化要因になる。また、被保険者の保険料負担もこれに並行して増加し、第1号被保険者の保険料基準額(全国平均・月額)は、2020年度には2010年度の約1.6倍の6,730円に、2030年度には約2.2倍の9,250円になり2035年度には1万円を超える見込みである。給付額の増加に見合うよう介護保険財政の収入を増やすのか、あるいは給付の見直しにより保険財政膨張を抑えるのか、収入増と給付見直しをともに行うのか、可及的速やかに詰めるべき課題の一つである。

(表9) 要介護・要支援認定者数、サービス受給者数、保険給付額の将来予測

年度	1号被 保険者 (万人)	うち65～ 75歳未満 (万人)		うち75歳 以上 (万人)	要介護・ 要支援 認定者 (万人)	介護サー ビス利用 者 (万人)	介護保険 給付額 (兆円)	1号被保険 者保険料基 準額平均 (月額:円)
2010	2,941	1,519	1,422	500	400	7.0	4,160	
2015	3,378	1,733	1,645	575	460	8.7	5,683	
2020	3,590	1,716	1,874	641	513	10.5	6,736	
2025	3,635	1,469	2,167	715	572	12.7	8,136	
2030	3,667	1,401	2,266	740	592	14.2	9,256	
2035	3,725	1,490	2,235	736	588	15.3	10,208	
2040	3,853	1,638	2,214	736	589	16.6	11,393	
2045	3,841	1,594	2,247	744	595	18.1	12,897	
2050	3,764	1,391	2,373	771	617	20.3	15,096	

²⁴ 「社会保障の給付と負担の見通し(平成16年5月推計)」の経済前提のうち「2011年度以降の名目国民所得の伸び率1.6%」を使用した。

(注)厚労省「介護保険制度における第1号保険料及び給付費の見通し」(平成16年10月)では、介護保険給付額を上表の予測よりもかなり高く見ており、“現行制度のまま推移した場合”2012～2014年度平均で年額10.6兆円、“給付の効率化・重点化を図る場合”でも年額8.7兆円になっている。介護保険制度の2005年改定(2006年4月実施)を必然化するための政策的意図があったものと推察される。

(出所)「平成19年度介護保険事業状況報告(年報)」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口2006年」に基づき、筆者試算

(2) 介護報酬のマイナス改定が続いた

介護費用の総額は、介護サービス利用量と介護サービス利用料金によって決定される。介護サービスの利用料金は、医療保険の「診療報酬」同様に「介護報酬」として公定価格によって統制され、3年に一度改定されることになっている。要介護・要支援認定者数、介護サービス利用者数の伸びに伴い利用量が増加し、それに伴い介護費用は2000年の3.6兆円が2007年には約6.7兆円に増大しており(表6)、このような介護費用増加を抑制するため、2003、2006年度と連続して「介護報酬」はマイナス改定となった(表10)。このことが介護事業者の経営を厳しいものとし、介護サービス従事者の待遇を他産業費劣位に放置する主因になっている。2009年4月改定で介護報酬の3%の引き上げが実施されたものの、この引き上げでは問題解決には程遠い模様である²⁵。介護報酬単価は適正なコストを織り込んだ水準に早急に改めるべきで、介護費用増加の抑制は他の手段で行うべきであろう。

(表10) 介護報酬改定率の推移

	2003年4月	2006年4月	2009年4月
全体	▲2.3%	▲0.5% (▲2.4%)	+3.0%
在宅サービス平均	+0.1%	▲1.0%	
施設サービス平均	▲4.0%	±0.0% (▲4.0%)	

(注)2006年の()は、2005年10月の改定(居住費・食費相当額が施設利用者の自己負担になった)を含めた実質改定率

(出所)全国老人保健施設協会『平成20年版介護白書』TAC出版 2008年10月

厚労省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」平成21年2月

²⁵ 日本経済新聞2009年5月1日「報酬上げ/待遇改善直結せず」日本経済新聞10月17日「介護職員の月給6,475円増/報酬増加分、賃金に回らず」『週刊東洋経済』2009年9/5号p65「介護報酬10%引上げが必要」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0219-2.html>

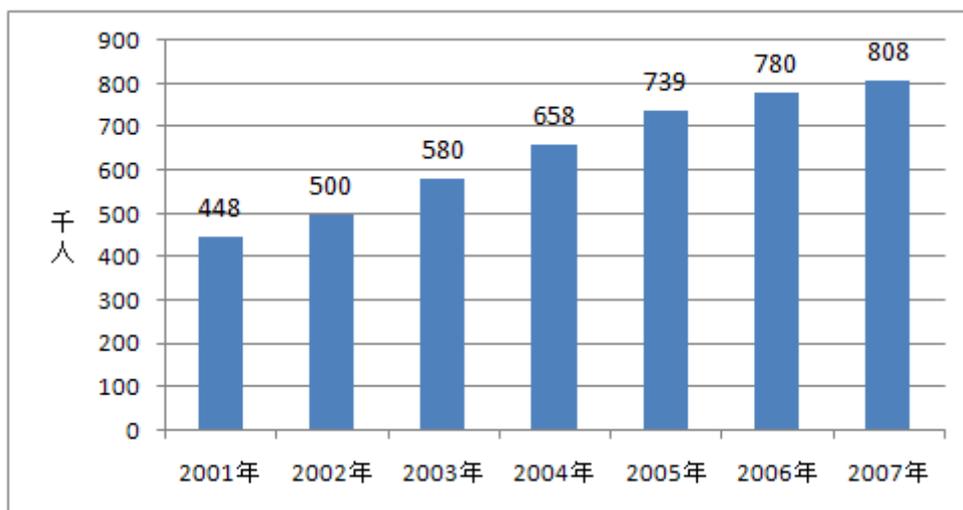
(3) 介護サービス従事者の人材確保が大きな課題

厚労省の「介護サービス施設・事業所調査」によれば、介護職員数（常勤換算）は、介護保険制度が発足した翌年の2001年（10月）45万人から2007年（10月）81万人へと、約1.8倍に増加した（図8）。これは、この間の介護サービス利用者数の伸び（約1.7倍）に見合うものである。

福祉施設の介護職員を男女別に見ると女性が7割と圧倒的に多い。介護職員の平均給与を全産業平均と比較すると、男性の場合で全産業平均を約40%下回り、月額では15万円も下回っており、賃金格差の大きさが際立っている（表11）。女性の場合でも月額で約3万円少ない。これら賃金格差の数字には、平均年齢や勤続年数の差も反映されていると思われる、数字通りの格差が実際に生じていることにはならないが、かなりの賃金格差が存在することは否定できない。また、この表ではホームヘルパーの給与は比較的高い水準にあるが、訪問介護の現場では短時間労働の非正社員登録ヘルパーが多く、ホームヘルパーの約4割は年収が103万円未満になっている模様である²⁶。

さらに、労働時間が長く夜勤回数も多い等²⁷「キツイ」職場であることも加わり、介護職員の離職率は2006年時点で20.3%と、全産業平均の16.2%を4ポイントも上回っている。特に正社員の離職率は全産業平均より約9ポイントも高い状況にある。

（図8）介護職員数（常勤換算）の推移（各年10月）



²⁶ 『平成20年版介護白書』TAC出版2008年 p13

²⁷ 介護職員の2004年・週実働労働時間は37.6時間で全産業平均35.3時間を上回り、平均夜勤回数も月4.4回になっている（『平成20年版介護白書』TAC出版2008年 p14）。

(出所) 厚労省「介護サービス施設・事業所調査結果の概要」各年

(表 11) 一般労働者の男女別構成比・平均年齢・勤続年数・平均賃金比較 (2006 年 7 月)

	男					女				
	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与 (千円)	給与指数	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与 (千円)	給与指数
全産業	68.8	41.8	13.5	372.7	100	31.2	39.1	8.8	238.6	100
福祉施設 介護職員	29.2	33.2	4.9	227.1	60.9	70.8	37.2	5.3	206.4	86.5
ホームヘルパー	15.2	37.6	3.9	230.6	61.9	84.8	44.7	4.5	197.0	82.6

(注) 一般労働者：短時間労働者以外の労働者。正規雇用、非正規雇用を問わない。

(出所) 『平成 20 年版介護白書』 TAC 出版 2008 年 p13、原資料は厚労省「平成 18 年賃金構造基本統計調査」

こうした状況から人材確保が困難化し、2006 年の有効求人倍率は全産業平均が 1.02 倍であるのに対し、社会福祉専門職で 1.30 倍、介護関係職種 (含パート) で 1.74 倍に達している。特に大都市部の人材確保難が深刻で、東京都の介護関係職種 (含パート) の有効求人倍率は 2.82 倍の高率になっている。2009 年 8 月の有効求人倍率は、全産業平均が 0.42 倍にまで低下したが、介護関係職種は 1.33 倍と依然高止まりしている模様である²⁸。このような人材確保難から介護施設の新規開所が遅れたり、既存施設の提供サービスを削減する等の事態が起きている²⁹。さらに、介護福祉士の養成施設や大学に学生が集まらない現象が顕著となり³⁰、学生募集を停止するところも出ている³¹。

厚労省の見通し³²によると、2014 年には要支援・要介護認定者数は 600～640 万人に達し、そのために必要な介護職員は、実数で 140～160 万人、常勤換算で 100 万人前後にな

²⁸ 日本経済新聞 2009 年 10 月 6 日朝刊「介護、雇用の受け皿に」

²⁹ 『平成 20 年版介護白書』 TAC 出版 2008 年 p15

³⁰ 介護福祉士を養成する 4 年制大学・短大の 8 割で 2008 年度の入学者が定員割れ、ほぼ半数で定員充足率が 50%以下になった (読売新聞 2008 年 5 月 4 日)

³¹ 全国 8 地方厚生局集計では、2007 年度中に 12 校が介護福祉士養成課程を閉鎖した (『平成 20 年版介護白書』 TAC 出版 2008 年 p5)

³² 厚労省「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的指針」(2007 年 8 月 28 日)

ると見込まれている³³。今後、実数で30～50万人の増員が必要になるが、前述の「介護職離れ」の現状から見て、何らの対策も講じなければこの増員は不可能であり、増員実現のためには、介護報酬の更なる引き上げ等、介護職員の処遇改善に結び付く施策を実施する必要がある。

(4) 介護にかかわる施設・事業所の厳しい状況

主要サービス別の事業所・施設数の推移は(表12)の通りである。2009年9月末の居宅サービス事業所数を9年前と比べると、訪問介護、通所介護(デイサービス)、通所リハビリ(デイケア)の事業所は2倍から6倍に増加し、特定施設(介護付有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅等)の入居者生活介護、およびグループホーム(認知症対応型共同生活介護)の事業所は10倍以上に増加している。介護保険制度創設に伴い、利用者ニーズの高い事業が目立って拡大したことがうかがえる。

サービス基盤の整備のため、居宅サービス事業には一定の基準に該当すればNPO法人や株式会社等の営利法人も参入が可能となっている。居宅サービス事業所の開設主体別構成割合は(図9)の通りで、営利法人経営は2003年では26.0%に過ぎなかったが、2007年には36.8%を占めるに至り、NPO法人もまだ比率は小さいものの増加方向にある。

(表12) 主要サービス別事業所・施設数推移

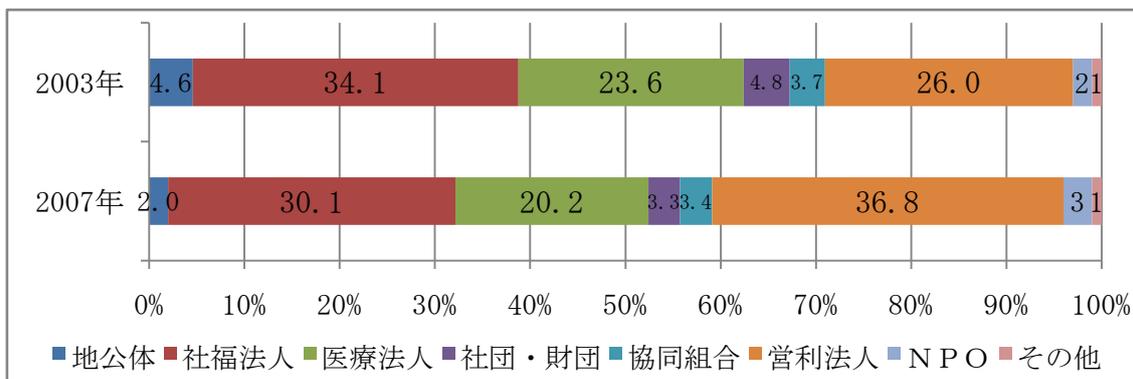
サービス区分	サービス名	2000年 9月末	2003年 9月末	2006年 9月末	2009年 9月末	09/2000 年(倍)
居宅	訪問介護	13,261	19,196	27,211	26,973	2.03
	通所介護(デイサービス)	8,101	12,750	20,764	25,048	3.09
	通所リハビリテーション	5,504	5,916	6,481	37,551	6.82
	ショートステイ(福祉)	4,692	5,475	6,777	7,744	1.65
	ショートステイ(医療)	6,490	6,826	6,418	5,776	0.89
	特定施設入居者生活介護	278	652	2,041	3,137	11.28
	福祉用具貸与	4,474	7,347	9,003	7,312	1.63
	グループホーム	666	3,727	8,587	10,117	15.19
	居宅介護支援(ケアマネ)	22,008	26,484	32,574	32,147	1.46
施設	介護老人福祉施設(特養)	4,468	5,077	5,765	6,161	1.38
	介護老人保健施設	2,675	3,018	3,410	3,644	1.36

³³ 『平成20年版介護白書』TAC出版2008年 p15

	介護療養医療施設（病院）	—	—	3,163	2,241	—
--	--------------	---	---	-------	-------	---

(出所) WAM NET (ワムネット) <http://www.wam.go.jp/>

(図9) 居宅サービス事業所の開設主体別構成割合 (%) 2003年、2007年

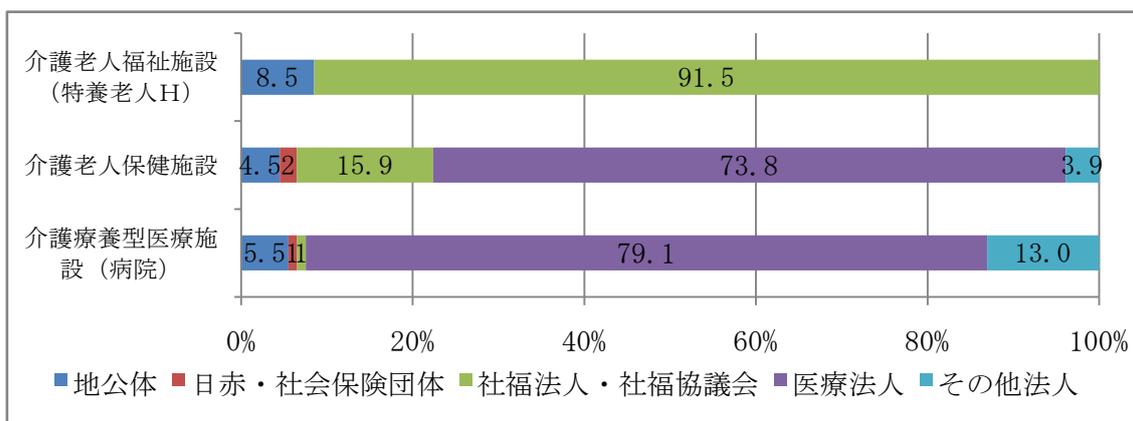


(出所) 厚労省「平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>

介護保険三施設については居宅サービスと異なって参入規制があり、開設主体は社会福祉法人・医療法人・自治体などに限定されている(図10)。各自治体は「介護保険事業計画」を策定し、市町村内のサービス基盤整備を“計画的に進める”ことになっており、その中で施設の「必要入所定員」も定め、定員を超える施設の設置申請は拒否できる仕組みとなっている³⁴。また、これら施設では、利用費用がケア付き有料老人ホーム等の特定施設よりかなり安いこともあって、待機者問題が深刻になっている。

(図10) 介護保険三施設の開設主体別構成割合 (%) 2007年



(出所) 厚労省「平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」

³⁴ 鈴木亘『だまされないための年金・医療・介護入門』東洋経済 2009年 p137~138

介護保険施設、居宅サービス事業所の経営状態は（表 13）の通りである。このデータは、2008年3月の1か月間における施設・事業所の収支等を、厚生労働省がサンプル調査し（サンプル数 23,800）集計したもので、2006年介護報酬改定前の2005年データと改定後の2008年データが併記されている。

まず、介護老人福祉施設・介護老人保健施設の状況を見ると、ともに収支率（収支差／収入）が2005年に比べ悪化し、とくに介護老人福祉施設（特養老人ホーム）の収支率が10ポイント強も悪化している。収入に対する給与の比率が介護老人福祉施設で5ポイント強、介護老人保健施設で4ポイント強上昇したことが主因である。

一方、居宅サービス事業所の状況を見ると、訪問介護事業では2005年に引き続き2008年も収支差がほとんどゼロの状態であり、収入に対する比率が80%を超える給与費を切り詰めて、なんとか採算を合わせている様子が見える。通所介護および短期入所生活介護についても、収支率は横ばい～微減であり、収入に対する比率が60%前後に上る給与費をこれ以上増やすことは難しい状況にある。

なお、以上のデータ数値は事業別の一事業所あたり平均値であり、個々のサンプル事業所の中には相当数の赤字事業所が存在する。2008年の厚労省調査・公表資料から推定すると、介護老人福祉施設の3～4割、介護老人保健施設の3割近く、グループホームの3割前後、訪問介護事業所の5割、通所介護事業所のうち4割、ショートステイ事業所のうち3割程度が、2008年時点では赤字に陥っている模様である。

介護に関わる施設・事業所がこうした厳しい経営実態にあることが、介護職員の待遇改善を困難にし、既存業者の事業拡大および新規参入業者の参入障壁になっていると言える。

（表 13）事業別の一事業所あたり平均・月間収支状況等（2008年3月）

	介護老人福祉施設 (特養老人ホーム)		介護老人保健施設		認知症対応型共同生活 介護(グループホーム)	
	2005年	2008年	2005年	2008年	2005年	2008年
収入(千円)	22,675	25,059	33,365	33,286	4,663	5,485
支出(千円)	19,586	24,199	29,256	30,857	4,310	4,951
うち給与(千円)	12,504	15,237	16,530	17,853	2,637	3,171
収支差(千円)	3,089	859	4,109	2,429	354	534
収支差／収入(%)	13.6%	3.4%	12.3%	7.3%	7.6%	9.7%
給与／収入(%)	55.1%	60.8%	49.5%	53.6%	56.6%	57.8%
延利用者数(人／月)	2,001.9	2,284.9	2,666.0	2,717.1	393.7	434.4
看護・介護職員数 (常勤換算)(人)	28.3	32.7	37.0	38.1	9.8	10.7

	訪問介護		通所介護 (デイサービス)		短期入所生活介護 (ショートステイ)	
	2005年	2008年	2005年	2008年	2005年	2008年
収入(千円)	3,048	2,528	4,704	4,135	3,567	4,156
支出(千円)	3,049	2,511	4,367	3,833	3,267	3,866
うち給与(千円)	2,545	2,060	2,808	2,509	2,094	2,461
収支差(千円)	-1	17	338	302	300	290
収支差／収入(%)	0.0%	0.7%	7.2%	7.3%	8.4%	7.0%
給与／収入(%)	83.5%	81.5%	59.7%	60.7%	58.7%	59.2%
延利用者数(人／月)	795.2	725.5	538.4	439.7	319.2	380.9
看護・介護職員数 (常勤換算)(人)	10.1	7.7	7.9	6.7	5.7	5.9

- (注) 1. グループホーム・訪問介護・通所介護・ショートステイには「予防」を含む。
2. 訪問介護の「延利用者数」欄は「延訪問回数(回／月)」である。

(出所) 厚労省「平成20年介護事業経営実態調査」：2008年(平成20年)3月の1か月の事業の状況を厚生労働省が調査、対象事業所は全国23,800事業所・施設。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zigyo/keiei/20index.html>

(5) 介護サービスの利用希望者は希望するサービスを楽しむことができるか

2005年までの居宅サービス利用者数については、いずれのサービスも順調に増加したが、2006年以降、一転してほとんどが減少に転じている(表14)。表14の数値は2006年に開始された「介護予防サービス」の利用者数を含まないので減少率が大きい、「介護予防サービス」利用者数を加えても、一部サービスを除いて伸びは鈍化し、訪問介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与はマイナスになっている(表15)。

このような利用者減少の主因は、介護保険制度が2006年度から改定されたため、その主な改定点は次の通りである。まず、要介護認定区分が変更になり、従来の「要支援」が「要支援1・2」に変わり、「要支援1・2」の人に対しては「介護予防サービス」が提供されるようになった。「介護予防サービス」の利用限度額は、「要支援1」が従来の「要支援」より2割減、「要支援2」は「要介護1」より4割減である。また、「要支援1・2」の訪問介護と通所介護の介護報酬が月単位の定額制となり、サービスを受ける回数とメニューが実質的に制限されることになった。さらに、福祉用具貸与についても利用品目が大幅に制限された。制度改正以降、従来「要介護1」であった人が「要支援2」に移行するケースが大量に発生した模様であり、こうした動きが、居宅サービスの利用者数の減少、特に

訪問介護、福祉用具貸与の利用者数の減少を招いたものと思われる。なおこうした利用制限・利用限度引下げによる介護費用抑制策に対しては、介護保険制度の当初の趣旨に反するものとして、つよい批判がある³⁵。

施設サービスの在り者数の推移は（表 16）の通りである。介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と介護老人保険施設の在り者数は毎年継続して増加しているが、2007年の前年比伸びは低い。介護療養型医療施設は、医療制度改革の方針³⁶に従い減少しつつある。

以上のごとく 2006 年以降、利用量の抑制によって介護費用の増加を抑える政策が行われているが、先行き要介護・要支援認定者数、および介護サービス利用希望者数の増加が続く、介護サービス利用量が増え続けた場合、更に強力な利用量抑制が行われる可能性がある。ただ、このような強制的な利用量抑制は非効率な政策であり、介護サービス利用者の満足度を出来るだけ損なわずに介護費用増加を抑えるような、適正な給付制度の見直し策が求められていると言える。

（表 14）居宅サービス事業所の利用者数推移（各年 9 月、単位：千人）

	2001 年	2005 年	2006 年	2007 年	05/01 伸び	07/05 伸び
訪問介護	600	1,090	883	739	81.6%	▲32.2%
通所介護	690	1,097	956	883	59.1%	▲19.6%
通所リハビリ	336	462	412	367	37.3%	▲20.6%
短期入所生活介護	130	211	224	237	62.6%	12.6%
短期入所療養介護	39	61	58	56	54.7%	▲7.5%
特定施設入所者生活介護	—	50	66	84	—	69.0%
福祉用具貸与	376	965	652	671	156.9%	▲30.5%
グループホーム	12	95	116	123	660.1%	30.1%

（注）介護サービスのみを計上、2006 年に開始された介護予防サービスは含まない。

（出所）厚労省：「介護サービス施設・事業所調査結果の概要」各年

³⁵ 凜 次郎『介護崩壊』普遊舎ブラック新書 2007 年 12 月 p 162～168、「徹底検証！介護の大問題」『週刊東洋経済』2009 年 9 月 5 日号 p 38～40

³⁶ 2006 年医療制度改革の「療養病床の再編成」方針により、介護保険適用の療養病床は、2012 年 3 月までに廃止されることになっている。

(表 15) 介護予防サービスを含む居宅サービス利用者数 (各年 9 月、単位：千人)

	2005 年	2006 年	2007 年	07/05 伸び
訪問介護	1,090	1,042	1,045	▲4.1%
(うち予防)		160	306	
通所介護	1,097	1,105	1,163	6.0%
(うち予防)		150	281	
通所リハビリテーション	462	467	471	2.0%
(うち予防)		55	104	
短期入所生活介護	211	228	245	16.1%
(うち予防)		4	7	
短期入所療養介護	61	59	58	▲4.8%
(うち予防)		1	2	
特定施設入所者生活介護	50	73	101	103.0%
(うち予防)		7	17	
福祉用具貸与	965	727	775	▲19.7%
(うち予防)		75	104	
グループホーム	95	117	126	33.1%
(うち予防)		1	3	

(出所) 厚労省：「介護サービス施設・事業所調査結果の概要」各年

(表 16) 介護施設の在所者数推移 (各年 9 月、単位：千人)

	2001 年	2005 年	2006 年	2007 年	05/01 伸び	07/05 伸び
介護老人福祉施設	310	376	393	405	21.5%	7.6%
介護老人保健施設	224	269	281	285	20.3%	5.9%
介護療養型医療施設	109	120	111	103	10.2%	▲14.7%

(出所) 厚労省：「介護サービス施設・事業所調査結果の概要」各年

第 5 章 ドイツ・韓国の介護保険制度との比較

(1) なぜドイツ・韓国との比較を行う必要があるか

介護保険単独の法制度を創設し保険料徴収と給付を幅広く行う本格的制度を有するのは、日本 (2000 年 4 月実施) とドイツ (1995 年実施)、韓国 (2008 年 7 月実施) の 3 カ国のみである。日本はドイツの制度を参考にし、韓国は日独両国、特に日本の制度を参考にし、制度を創設したと言われている³⁷。介護保険制度をめぐる課題にどう取り組むべきか可

³⁷ 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008 年 p189、以下、第 4 章は同文献を参考

能な範囲で考察を試みたいが、そのためには、日本と相前後して本格的介護保険制度を導入した、ドイツと韓国の制度を比較する必要がある。

3カ国の制度創設の背景・制度の内容は類似点もあるが、相違点も多く、高齢化の状況、高齢者介護の実態、社会保障制度全体の歴史と現状、社会経済状況の違いなどがその背景にある。ただし、制度創設の政策過程では先行国の制度が影響を与えているし、創設後も他国の実施状況が自国制度の見直しの参考になるものと予想されている。このような視点から、3カ国の制度創設背景、政策過程、制度内容について横断的比較考察を行い課題検討の糸口としたい。

(2) 介護保険制度創設の背景の比較

政府レベルで介護保険制度創設が検討されたときの高齢化率は、ドイツ 15～16%台、日本が 14%超、韓国は 7%超の一桁台であった。日独間には大きな差はないが、韓国の高齢化率は日独に比べ目立って低い。

従来の高齢者福祉制度の仕組みについては3国に大きな相違がある。ドイツには、一般的な要介護状態に対する公的介護サービス・費用の給付制度が存在せず、労災保険・医療保険など個々の分野で特定の要介護者への給付制度があるだけであった。要介護状態になった場合基本的には自己負担で、自己負担不能の場合は生活保護に相当する社会扶助の給付に依存せざるを得なかった。ドイツに導入された介護保険給付は「補足給付」的性格が強いが、従来 of 仕組みに比べれば、大きな改善になったと言える。

日本の場合は、介護保険制度導入前から、老人福祉制度等によって要介護者への介護サービス提供が行われていた。高齢化が進行する中で、従来 of 市町村の「措置制度」ではサービス提供に限界があること、全額公費で賄うことによって財政負担が増大し続けること、この二つが大きな問題となっていた。介護保険制度導入により、措置制度から利用契約制度へ移行し、財源に保険料を導入することでこれら問題に対処したが、一方で、従来 of 措置制度や医療分野で提供されてきた「低い自己負担で必要十分な」介護サービスを利用できるようにすることも、介護保険制度に求められることとなった。

韓国では、日独2国に比べ社会保障制度の整備の歴史が新しく、国民皆保険は1989年実施(日本1961年)、国民皆年金は1999年実施(同1961年)、老人福祉法制定は1981年(同1963年)、在宅老人福祉制度が制度化されたのは1993年であり、介護保険制度の検討が始まったころは、高齢者介護サービスの基盤整備が始まったばかりのころであった。韓国政

にして論述した。

府は、介護保険制度創設により介護の財源を確保し、同時に基盤整備を進める戦略をとったものである。

(3) 政策過程の比較

ドイツにおいては、施設入所の要介護高齢者が年金だけでは利用料を負担できず社会扶助の支給対象になっている状態の改善を発端として、1970年代から20年以上にわたり、高齢者関係団体を中心に介護保障改革が議論された。まず1986年に連邦政府が提案した医療保険で在宅介護給付を行う案が1989年に実現した。さらに1990年には政府担当相が公的介護保険制度導入構想を提示し、その後連立与党内で複数案について議論を重ねた後、93年に法案を国会提出、野党との調整と法案修正を経て1994年4月に成立した。ドイツの政策過程の特徴は、高齢者介護について長期間にわたり関係者の議論が行われ、最終的には与野党の調整によって法律が成立したことにある。

日本では、1994年4月厚生省内に、「21世紀の本格的高齢化社会にふさわしい新しい高齢者介護システムの検討」を目指し、「高齢者介護対策本部」が設置された。同年7月の社保審の勧告には、介護保険制度創設の必要性が盛り込まれ、12月には厚生省内の「高齢者介護対策本部」から介護保険制度の創設が提言された。この年の4月にドイツで介護保険制度が成立したことも追い風となって社保審の審議が始まり、96年5月の社保審最終報告を踏まえ法案の立法化作業に入った。当時の政権は自民・社会・さきがけの連立政権であり、介護保険制度創設について政権内には一部に時期尚早論・消極論もあったが、連立与党3党のワーキングチーム「与党福祉プロジェクト」が調整し、96年9月の合意を経て同年11月法案を国会提出、97年12月可決成立した。日本の政策過程の特徴は、厚生省主導型で制度の企画立案が進められる一方、連立3党の「与党福祉プロジェクト」が主体的に関与して、与党・官僚の二人三脚で制度を創設した点にある。

韓国の政策過程の特徴は、大統領からのトップダウンによる政策決定という点にある。2001年8月、当時のキムデジュン大統領が「老人療養保障制度の導入」を発表、さらに2002年10月には、「公的老人療養保障体系」を2007年以降構築することが提案された。2003年1月大統領に就任したノムヒョン大統領は、前大統領の施策を引継いで制度の具体的な検討を進め、2005年には保健福祉部（日本の厚生省にあたる）において制度モデルがまとめられ、立法作業を経て2007年4月可決成立した。韓国では、ドイツや日本のように与野党で意見が対立したり、関係者間で論争が巻き起こることはなく、保健福祉部の計画通り順調に制度が創設されたが、その背景は、日独にくらべ高齢化率がまだ低く介護が社会問

題になっていなかったこと、日独両国の実施状況を見て制度に違和感がなく、導入に国民大多数が賛成であったことが挙げられる。

(4) 介護保険制度の内容比較 (表 17 参照)

【保険者】

ドイツ、韓国の制度は、医療保険者が介護保険者となり、医療保険料と合わせて介護保険料を被保険者から徴収し、給付を行うという「医療保険制度活用型」の制度である。ドイツでは「疾病金庫」が「介護金庫」としての看板も上げており、韓国では全国で唯一の「国民健康保険公団」が介護保険の保険者になっている。これに対し、日本は、医療保険の保険者とは別個に市町村が「独立型・地域型」の保険者になっている。

【被保険者の範囲】

ドイツ・韓国では公的医療保険の被保険者がすべて介護保険の被保険者に位置付けられているが、日本では40歳以上の医療保険加入者（2号被保険者）と65歳以上の者（1号被保険者）から成っており、2種類の被保険者の間で保険給付の対象範囲・保険料設定・徴収方法に明確な相違がある。

(表 17) 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較

	日本	ドイツ	韓国
名称	介護保険法	要介護のリスクの社会的保護に関する法律	老人長期療養保険法
法制定	1997年12月	1994年4月	2007年4月
保険者	市町村(約1600)	介護金庫(280)	国民健康保険公団(1)
被保険者	40歳以上の医療保険加入者、65歳以上	公的医療保険加入者	国民健康保険加入者
給付対象	原則、65歳以上高齢者	全年齢層の要介護者	原則、65歳以上高齢者
要介護度	7段階(要支援、要介護)	3段階(「特に重度」を加えると4段階)	3段階(中・重度)
給付内容	在宅・施設サービス、予防給付	在宅・施設サービス(除医療系サービス)	在宅・施設サービス、特別現金給付
現金給付	なし	介護手当、代替介護手当	島・僻地等で家族療養費、付添い看護費
要介護認定者数 (65歳以上における認定者の割合)	約440万人 (16%)	約200万人 (11%)	約16万人の見込み (3.2%)

利用者負担	10%、施設入所の食費と宿泊費は自己負担	なし、ただし保険給付は定額制、超過部分は自己負担。施設入所の食費・宿泊費は自己負担	在宅給付は15%、施設給付は20%。施設入所の食費と宿泊費は給付対象外
財源構成	利用者負担以外は、公費50%と保険料50%。公費は国と地方が25%ずつ。1号保険料基準額（全国平均月額）4160円、2号保険料率（政管健保）1.13%	すべて保険料。保険料率は全国一律1.7%、被用者は労使折半、自営業・年金受給者は全額負担	利用者負担以外は、公費と保険料。国庫負担は保険料の20%相当額。被用者の保険料は医療保険料の一定割合（2008年4.7%）

（出所）増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社2008年10月 p198より作成

【給付対象者の範囲】

ドイツでは、年齢に関わらず、要介護状態になれば給付対象になる。これに対し、日本・韓国では、基本的には65歳以上の要介護高齢者が給付対象で、65歳未満については、老化に起因する疾病で要介護状態になった場合のみ給付対象となる。

【要介護度と要介護認定】

ドイツの制度では、要介護度は3段階（「特に重度」を加えると4段階）で、日本の要支援者、要介護1～2は除外されるレベルである。2005年末の受給者数195万人、全人口の2.4%である。

日本では、要支援・要介護1、2という軽度者も保険給付対象者に含まれるため³⁸、認定者数や受給者数がドイツ・韓国に比べかなり多い状態になっている。2007年3月末現在で要支援・要介護者は440万人（高齢者全体の約16%、全人口の約3.5%）、うち受給者数は350万人（全人口の約2.7%）になっている。

韓国の制度では、要介護度は1～3の3段階（1が最も重い）で、日本の要介護度3以上に相当する。日本に比べ要介護者の範囲を限定しているため、認定者数は全高齢者の3.2%程度（全人口の0.3%程度）と、少数に留まる見込みである。

【保険給付内容】

ドイツの保険給付は、①在宅介護、②部分入所介護（デイケア、ナイトケア）および短

³⁸ この理由は、介護保険創設時に、それまで介護サービスを受けていたほぼ全員が引続きサービスを受けられるよう認定基準を低く設計したためであり、このことが介護費の増加を招いている、との見方がある（日本経済新聞2009年11月12日朝刊p23「ゼミナール／疲弊する地域医療」）。

期介護（ショートステイ）、③終日入所介護（介護ホームへの入所）の3種類に大別される。医療的サービスは含まれない。日本との大きな相違点は、現金給付＝介護手当があることである。現物給付か手当支給かの選択は、要介護者が決定し、現物給付と手当の組合せも可能である。在宅介護優先の考え方から家族介護者への給付があることも特徴である。

日本でも介護手当を創設するかどうか論点となったが、家族を介護に縛りつけるという情緒的反対や、現物給付拡大の支障になるという介護事業者の反対、保険財政拡大懸念等から否定された経緯がある。また、日本ではケアマネージャーがケアプランを作成し、その作成費用も保険給付対象になるが、ドイツ・韓国にはこのような制度はない。

韓国の保険給付は、在宅給付と施設給付、特別現金給付に大別される。特別現金給付とは、島・僻地等、施設不足地域における家族介護者への家族療養費、および老人専門病院等に入院した場合の付添い看護費である。現金給付がある点は日本と異なりドイツに類似しているが、家族療養費の水準はかなり低い。

【保険給付水準と利用料負担】

ドイツと日本・韓国では、保険給付水準の根底に明確な考え方の相違がある。ドイツでは、在宅介護の給付は家族等の介護を補完するものであり、施設入所介護の給付は費用負担軽減を目的とした基礎的保障である、と位置付けられている。従って日本と比較すると給付水準は低く（表18）、給付で不足する費用は全額自己負担となる。

他方、日本・韓国では、必要となる介護費用全体をカバーする考え方に立つ。公的医療保険と同じ考え方であり、定率の利用者負担との組合せになっている。日本の利用者負担は1割であり、韓国では在宅給付で15%負担、施設給付で2割負担とされている。

日本の給付水準はドイツ・韓国と比べ高いものになっている。介護保険給付は医療保険と異なり、ひとたび要介護者になれば継続して給付を受けるケースがほとんどである。要介護5の人が在宅で限度一杯のサービスを受けると、約430万円（うち1割を利用者が負担）になり、1号被保険者の保険料負担（年額5万円前後）に比べ手厚い給付であると言える。

（表18）日本とドイツの介護保険給付額比較

	日本	ドイツ
在宅サービスの給付月額	49,700～358,000 円	60,000～255,000 円
在宅の場合の現金給付	なし	31,000～93,000 円
介護老人施設の給付月額	195,300～273,600 円	135,000～201,000 円

（出所）日本経済新聞 2009年11月12日朝刊 p23 「ゼミナール・疲弊する地域医療」

[財源構成・保険料負担]

ドイツの介護保険財政は、すべて保険料負担で賄われている。被用者の場合、労使折半で保険料を負担する。保険料率は収入の 1.7%、子どものいない 23 歳以上の被保険者は 0.25% 上乗せされ、この部分は被保険者が全額負担する。

日本の場合、利用者負担 1 割を除いた残り 9 割を保険料と公費で半分ずつ負担し、1 号被保険者と 2 号被保険者の保険料負担は人口比で按分する。1 号被保険者の保険料基準額の全国平均（月額）は 2009 年度で 4160 円である。

韓国の場合も、利用者負担と保険料と公費負担の組合せである。公費負担の割合は日本より低く、国庫負担は保険料収入額の 20% 相当額とされ、2010 年時点の負担割合は保険料 62%、公費（国＋地方）25%、利用者負担 13% とされている。保険料負担水準は、自営業者等の場合月額 2250 ウォン、サラリーマンの場合月額 5935 ウォン（半分は使用者負担）と想定され、日本に比べかなり低い。

日本の場合、65 歳以上高齢者はすべて保険料を負担するが、ドイツ・韓国では被扶養者には負担義務がなく、高齢被扶養者は負担なしで給付を受けることができる。

(5) 3 カ国比較が日本の介護保険制度に示唆する点

第一に、制度の持続可能性の点で、3 カ国のうち日本が最も大きな課題を抱えていると言える。保険給付対象者の範囲が広く、そのため要支援者・要介護者数が多く、給付水準も高い。その一方で被保険者は 40 歳以上に限定されている。高齢化にともない保険給付は増大が見込まれるが、財政を支える 64 歳以下の 2 号被保険者は減少していく。従って給付の見直しと、収入確保策の両面が必要である。

第二に、家族介護の評価がされていない。ドイツでは“自己決定・在宅介護・基礎的保障”が基本原則に掲げられており、要介護者の自己決定により、家族介護を選択し介護手当を受給すること、家族介護と現物給付を組み合わせることなどが可能になっている。介護手当の給付額は現物給付額よりも低いので、家族介護を選択する人が増えると財政拡大を抑える効果があり、ドイツでは、介護保険料の水準は施行後 10 年間同一水準を維持している。

第 6 章 介護保険制度をめぐる課題にどう取り組むべきか

(1) 介護保険給付費増大の緩和

過去の介護報酬引下げ、および 2006 年 4 月に実施された実質的な給付限度額引下げと利

用抑制によって費用が抑えられ、介護保険財政は全国ベースでは黒字になっている³⁹。しかしながら、要介護・要支援認定者の増加とサービス利用者の増加に伴い介護保険給付費は（表9）予測のとおり膨張が続く見込みであり、介護保険財政の持続可能性については予断を許さない。保険料の引上げを抑え公費投入額増加を抑えるため、給付の見直し等により保険財政膨張を緩やかにする必要がある。

まず、介護報酬については、介護事業者の経営の安定化と介護サービス従事者の待遇を改善するため、介護報酬単価を適正なコストを織り込んだ水準に改めなければならない。今後は引下げではなく、むしろ適正な引上げを行うべきで、介護費用増加の抑制は他の手段により行うべきである。

2006年度に行われたような、利用制限や給付限度額引下げによる費用の増加抑制策は、暴力的で非効率な望ましくない政策手段である。費用増加を抑えながら、サービス利用希望者の満足度を損なわず、むしろ高めるような、給付制度見直し策が必要である。

（2）費用増加を抑える給付見直し策について私案

全国の保険者のなかで介護保険給付額が高額となっているところについて、その理由を見ると、①1号被保険者あたり要介護認定者および受給者の比率が高いこと、②1号被保険者あたり施設介護利用者の比率が高いこと、③要介護度が軽度の利用件数割合が高いこと、以上3点が指摘できると言われている⁴⁰。このうち、①認定者比率の改善については、保険者が地域の高齢者の介護予防や健康相談などに努力することによって、要介護度の改善と認定者数の減少を目指すのは望ましい対策である。しかしながら、認定方法や基準を見直して要介護度を引き下げようすることは、無用の混乱と不信を生ずるだけであり絶対に行ってはならない。2009年4月に、自治体間のバラツキ是正を理由に認定方法の見直しが行われたが⁴¹、その結果、大混乱が生じ、認定方法の再修正を余儀なくされ、制度への信頼感を損なったと言われている⁴²。

次に、②施設介護利用者の比率については、居宅サービス、地域密着型サービスを充実させていくことで、介護保険を通じて施設介護から在宅介護へのシフトを促すことは可能

³⁹ 厚労省「平成19年度介護保険事業状況報告（年報）4. 介護保険特別会計経理状況」によれば、2007年度の歳入は6兆9,189億円、歳出は6兆7,437億円、差引1,752億円の黒字、国庫支出金精算額等の精算後で1,033億円の黒字であり、年度末の介護給付費等準備基金の保有額は、3,178億円となっている。

⁴⁰ 坂本忠次、住居広士『介護保険の経済と財政』勁草書房2006年p168

⁴¹ 『週刊ダイヤモンド』2009年5/2・9号p32～35

⁴² 『週刊東洋経済』2009年9/5号p42～44

である。利用者一人当たり支給額（月額）は、居宅サービス 113.9 千円、地域密着型サービス 219.5 千円、施設介護サービス 286.9 千円と、大きな格差がある⁴³。高齢者自身も最後は自宅で迎えることを希望していると言われており、施設から居宅へ介護サービスをシフトさせるために、24 時間の介護体制など居宅介護体制の充実が必要である。居宅サービスの利用を制限する 2006 年の制度改定はそれに逆行するものと言える。

また、③要支援・要介護 1 など軽度の介護の利用件数適正化については、要支援・要介護 1 の場合、「時々のサポート」が 6 割以上を占めており、高齢者の身近にある程度のサポートあれば通常の生活が可能であると推測されている⁴⁴。介護サービス利用者に対して介護保険だけでなく地域・NPOなどの非営利団体のケア、および家族が主体となるケアを進めることによって、軽度の介護の利用件数適正化が可能になる。そのためには、NPO・ボランティアなどの非営利部門の活動を評価する仕組みをつくること、住民参加型の地域介護を確立することが必要になってくる。

地域の自主的な取り組みの例として、鳥取県南部町の「あいのお銀行」の例が参考文献⁴⁵に紹介されている。ボランティア活動をした個人が「あいのお銀行」にポイントを預託し、そのポイントを将来のサービス利用に使える制度で、介護保険制度の導入以前から存在したが、介護保険創設時にその枠組みからはずされたため、残念ながら利用者が減少傾向にある模様である。また、NPOやボランティアなどの非営利部門を介護保険、高齢者福祉活動に取り入れることで、介護費用削減と高齢者の自立を促すことも可能であり、その例として、東京都千代田区・稲城市で導入されているシステムが参考文献に紹介されている⁴⁶。これは、介護施設のボランティア活動を行えば、介護保険料が減額されるシステムである。これら地域単位の取り組みや住民参加は 1 件 1 件では効果が小さいかもしれないが、拡大普及の状況如何では介護マンパワー供給促進と介護費用の削減に効果を発揮する可能性もある。

ドイツ、韓国の介護保険制度においては、日本の要支援、要介護 1～2 は給付対象者から除外されるレベルであり、両国に比べ日本では介護保険給付対象者が広く、要介護・要支援認定者数が多いことは既に述べたとおりである（表 17）。日本の場合、介護保険創設以前から既存の措置制度により介護サービスを受けていたほぼ全員が引続きサービスを受け

43 厚労省「平成 20 年度介護給付費実態調査結果の概要」2009 年 4 月審査分

44 坂本忠次、住居広士『介護保険の経済と財政』勁草書房 2006 年 p 170

45 坂本、住居・同上 p 171

46 坂本、住居・同上 p 171

られるよう、認定基準を低く設計したためであると言われている⁴⁷。しかしながら、ドイツ・韓国と同様の基準にそって保険給付対象者を限定するようなことは行うべきではないし、実際上も不可能であろう。

(3) 家族介護への現金給付案

前述のとおり、ドイツの保険給付には、現物給付だけでなく、現金給付＝介護手当があり、要介護者の自己決定により家族介護を選択し介護手当を受給すること、家族介護と現物給付を組み合わせることなどが可能になっている。介護手当の給付額は現物給付額よりも低いため、家族介護を選択する人が増えると財政拡大を抑える効果があるとされており、ドイツでは、介護保険料の水準は施行後 10 年間同一水準を維持している模様である⁴⁸。

日本でも介護保険創設時に現金給付を制度化するかどうか論点となり、国会における介護保険関連法案審議の過程でも中央・地方公聴会、参考人招致委員会において各方面の意見を聴取し、かなりの時間をかけて論議された⁴⁹。保険者となる地方自治体側は、被保険者間の公平性確保、および既存の地方単独事業現金給付の制度化の必要性から、介護保険による現金給付の制度化を主張した。その一方で、ほとんどが女性である家族介護者を介護に縛りつけるという反対論が強く、現物給付拡大の支障になるという介護事業者の反対もあり、最終的には現金給付は制度化されなかった。政府の現金給付制度化見送りの論拠は、当時の小泉厚相の答弁「家族の負担を軽減するには介護の社会的基盤整備が重要であり、限られた財源を有効に使うためこれを優先し」「現金給付は介護サービスに使われる保証はなく、介護サービスの不十分な段階で現金給付を行うと多くが現金に流れ、基盤整備が進まなくなる」「費用の増大となり保険料の引上げにつながる」に集約される⁵⁰。法律制度としては実現しなかったものの、地方自治体側の強い主張を政府も無視できず、「家族ヘルパー⁵¹」および「家族介護慰労金⁵²」が、実施は市町村の判断に任せる形で導入された⁵³。ただし、「家族ヘルパー」については条件が厳しく現実には適用される人が無いに等しい、

47 日本経済新聞 2009 年 11 月 12 日朝刊 p 23 「ゼミナール／疲弊する地域医療」

48 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008 年 p 206

49 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010 年 p 113～135

50 菊池・同上 p 121

51 介護報酬の支払対象となる訪問介護は原則として同居家族への介護サービス提供が禁止されていたが、99 年 8 月省令改正により、条件付で認めることになった。

52 家族介護支援対策として家族介護慰労金の支給を、市町村が自らの選択により行った場合、国が助成することになった。ただし支給される慰労金額は低額である。

53 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010 年 p 135～146

との指摘があり⁵⁴、「家族介護慰労金」については、支給対象が極度に限定され低額で存在意義を問われる⁵⁵、との批判がある。僅かながらも家族介護への現金支払いに国が予算措置をしたことは注目に値する、との見方もあるが、実施自治体は少なく、現行の現金支給制度の存在意義は希薄である。

一方、ドイツの例を参考にして、家族介護への現金給付を制度化すべきであるとの意見が複数提起されている。日本の現行制度では、在宅介護の保険給付をすべて外部事業者の現物給付としているため、コスト高になっており、介護費用抑制のため介護報酬が引下げられ、そのために介護従事者の給与が低位に抑えられ、人材確保に重大な支障がでている、との指摘がある⁵⁶。また、施設介護から在宅介護へのシフトを進めるには、家族内介護への一定の報酬が必要であり、現金給付もしくは介護保険上の何らかの優遇付与を検討すべきであるとの意見がある⁵⁷。

菊池いづみ氏は著書『家族介護への現金支払い』において、現金支払いの「制度モデル」として①保険給付アプローチ、②雇用アプローチの二つを提起している。①において、被保険者間の公平性確保、利用者主体・自己決定権尊重、在宅福祉推進・自立支援などの観点から、訪問介護を代替するものとして「家族介護への現金給付制度化」を提案している。②においては、現行の「家族ヘルパー」の派遣地域・勤務時間などの規制を除去し、介護保険の指定サービスとして位置付けることを提案している。②の「家族ヘルパー」は、ホームヘルパー資格を有する家族が身内の要介護者介護に従事するものであり、インフォーマル介護労働の有償評価、介護者の社会的身分保障、介護の質維持の観点から、その役割に期待できる、としている⁵⁸。

ただし、現金給付を導入した場合、保険給付の総量が増える恐れもあるので、財政的な検証が必要である。ドイツの場合、現金給付は給付総費用を抑える方向に作用している模様であり、日本においても、施設介護から在宅介護へのシフトを促す効果が勝るならば、財政的にもプラスに作用するとも考えられる。また、ドイツの先行事例では、現金給付受給者において要介護者への虐待問題が表面化しているようであり、現金給付導入に際してはその対策が必要である。ケアマネジメント機能を強化し、ケアマネによる相談援助機能や要介護者のモニタリング機能などを拡大強化すること、保険者である市町村が家族介護

54 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010年 p 142

55 菊池・同上 p 145

56 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008年 p 206

57 坂本忠次、住居広士『介護保険の経済と財政』勁草書房 2006年 p 170

58 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010年 p 315～326

の質の向上の支援プログラムを提供することなどが考えられる⁵⁹。

おわりに

以上、日本の人口高齢化と介護問題の関連度を概観し、高齢者介護政策の歴史および現行介護保険制度の概要を整理し、介護保険制度が直面している課題を5点挙げ、日本と相前後して本格的介護保険制度を導入したドイツ・韓国の制度との比較を試み、最後に介護保険制度をめぐる課題にどう取り組むべきか考察を試み、私案を提起した。

介護保険制度が創設される前の高齢者の介護は、家族による在宅介護が主流であり、主として配偶者・娘・嫁など女性の無償の介護労働により支えられていた。1980年代頃までは行政による老人福祉サービスの利用者は一人暮らしの低所得者が主体であったが、要介護高齢者が増加する一方で、核家族化の進行、女性の就労増加等により“家族による在宅介護”が次第に困難になってきたことが背景となって、2000年に介護保険制度が創設されたことは、既に述べたとおりである。介護保険制度の創設は、“家族介護依存から介護の社会化へ”という高齢者介護の理念転換を具体化するものであった。

新制度により、介護サービスの主たる提供者は家族の無償労働から事業者の有償サービスに移行し、その費用は介護保険料と公費が負担することとなった。これに伴い、要介護度の認定・支給限度基準額・介護報酬・ケアマネ制度など複雑な仕組みが作られたが、認定された要介護度に対する不満・必要なサービスが利用できない等の様々な問題が各方面で起きている。介護人材不足も深刻である。さらには、介護保険財政の膨張が続くことも大きな課題となっている。

第6章においては、介護費用の増加を抑えながら、介護サービス利用者の満足度を損なわないような給付の見直し策は何であるか考えてみた。介護は、介護施設や介護事業者のサービスに任せればよい、という考えは間違っており、事業者のサービスも利用しながら家族も介護を支える形でなければならないし、さらには地域住民やNPOもサポートに参加することが望まれる。また、家族の介護労働を無償労働として放置するのではなく、現金給付を制度化し評価することも検討すべきである。

今回は、介護保険に関わる課題のもうひとつの側面、財政収入をどうするかについては言及していない。この点は次の課題としなくてはならない。

この報告をまとめた今、人口高齢化が急速に進行する日本で、介護はすべての国民が現在あるいは将来必ず関わらざるを得ない問題であり、政治に任せておくのではなく、地域

⁵⁹ 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010年 p 322

社会の問題として、自分の家族の問題として、さらには自らの人間としての尊厳をいかにして守るかという問題として、考えなくてはいけないと思っている。

[参考文献]

- 菊池いづみ『家族介護への現金支払い』公職研 2010年2月
- 坂本忠次、住居広士『介護保険の経済と財政』勁草書房 2006年5月
- 佐藤進・河野正輝『介護保険法』法律文化社 1997年9月
- 佐藤信人『介護保険—制度としくみ』建帛社 1999年5月
- 鈴木亘『だまされないための年金・医療・介護入門』東洋経済新報社 2009年2月
- 田中元『新・介護保険で現場はこう変わる』ぱる出版 2009年3月
- 服部万里子『図解でわかる介護保険のしくみ』日本実業出版社 2007年5月
- 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社 2008年10月
- 結城康博『介護・現場からの検証』岩波書店 2009年4月
- 凜 次郎『介護崩壊』普遊舎ブラック新書 2007年12月
- NHK スペシャル取材班『愛なき国／介護の人材が逃げていく』阪急コミュニケーションズ 2008年8月
- 社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料『介護保険制度の見直しに向けて』中央法規出版 2004年10月
- 全国老人保健施設協会『平成20年版介護白書』TAC出版 2008年10月
- 『週刊ダイヤモンド』2009年5/2・9号「介護地獄脱出！」
- 『週刊東洋経済』2009年9/5号「徹底検証！介護の大問題」
- WAM NET（ワムネット）<http://www.wam.go.jp/>
- 厚労省「国民生活基礎調査」平成20年、19年
<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/list/20-20.html>
<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html>
- 厚労省「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html#itiran>
- 厚労省「介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>
- 厚労省「介護・高齢者福祉「統計・調査」」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>
- 厚労省「平成20年介護事業経営実態調査」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zigyo/keiei/20index.html>

厚労省「平成 19 年度介護保険事業状況報告（年報）」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/06/tp0624-1.html>

厚労省「介護保険制度における第 1 号保険料及び給付費の見通し」（平成 16 年 10 月）

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1021-5.html>

厚労省「平成 20 年度介護給付費実態調査結果の概要」2009 年 4 月審査分

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/08/index.html>

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2006 年 12 月推計）

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/index.asp>