

R1.6.27 Direct Force

介護保険の現状と これからの制度の問題

NPO法人大田区介護支援専門員連絡会
六郷地区地域包括支援センター

渕上 虎平

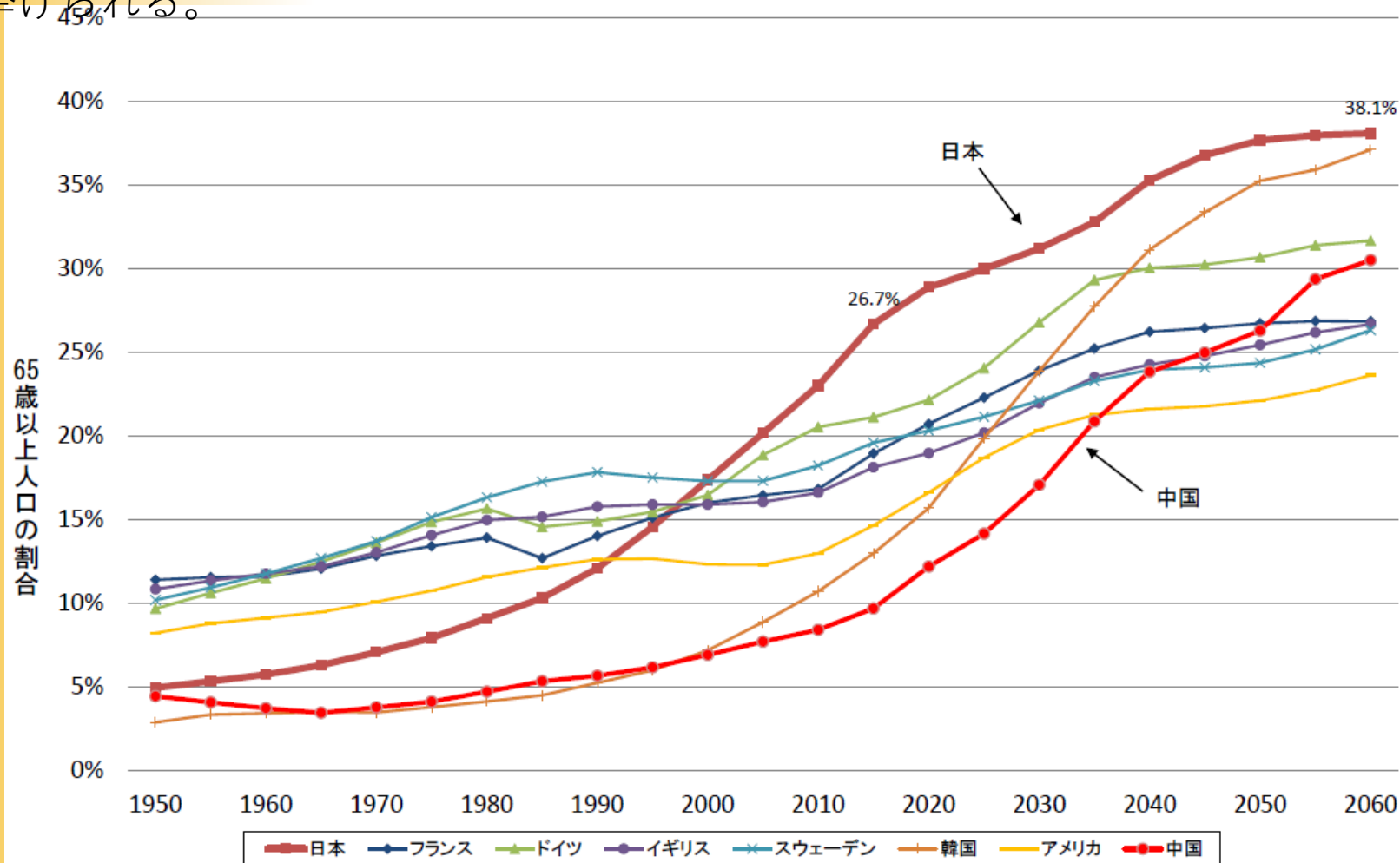
老人福祉・老人医療政策の経過

1960年、女性の平均寿命が70歳を超え、高齢者の生活支援がスタート。70年代の老人医療費無料化により、劇的に健康状態が向上したが、一方、医療費の増大が反発される結果となる。その後、寝たきり老人や社会的入院が社会問題化。80年代半ば、平均寿命は女性80歳に到達。1994年に高齢化率14%を超え、高齢社会になっていった。

年 代	高齢化率	主 な 政 策
1960年代 老人福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1962(昭和37)年 訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963(昭和38)年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設、 訪問介護法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973(昭和48)年 老人医療費無料化 1978(昭和53)年 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979(昭和54)年 日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 社会的入院や 寝たきり老人の 社会的問題化	9.1% (1980)	1982(昭和57)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(平成元)年 消費税の創設（3%） ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）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 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1994(平成6)年 厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討） 新ゴールドプラン策定（整備目標を上方修正） 1996(平成8)年 介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意 1997(平成9)年 消費税の引上げ（3%→5%） 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000（平成12）年 介護保険法施行

諸外国の65歳以上人口の割合の推移

日本は2000年頃より高齢化率は独走。近年、韓国、中国の高齢化率が急激に伸びてきている。欧米が比較的緩やかである背景として、移民施策を打ち出している事が挙げられる。

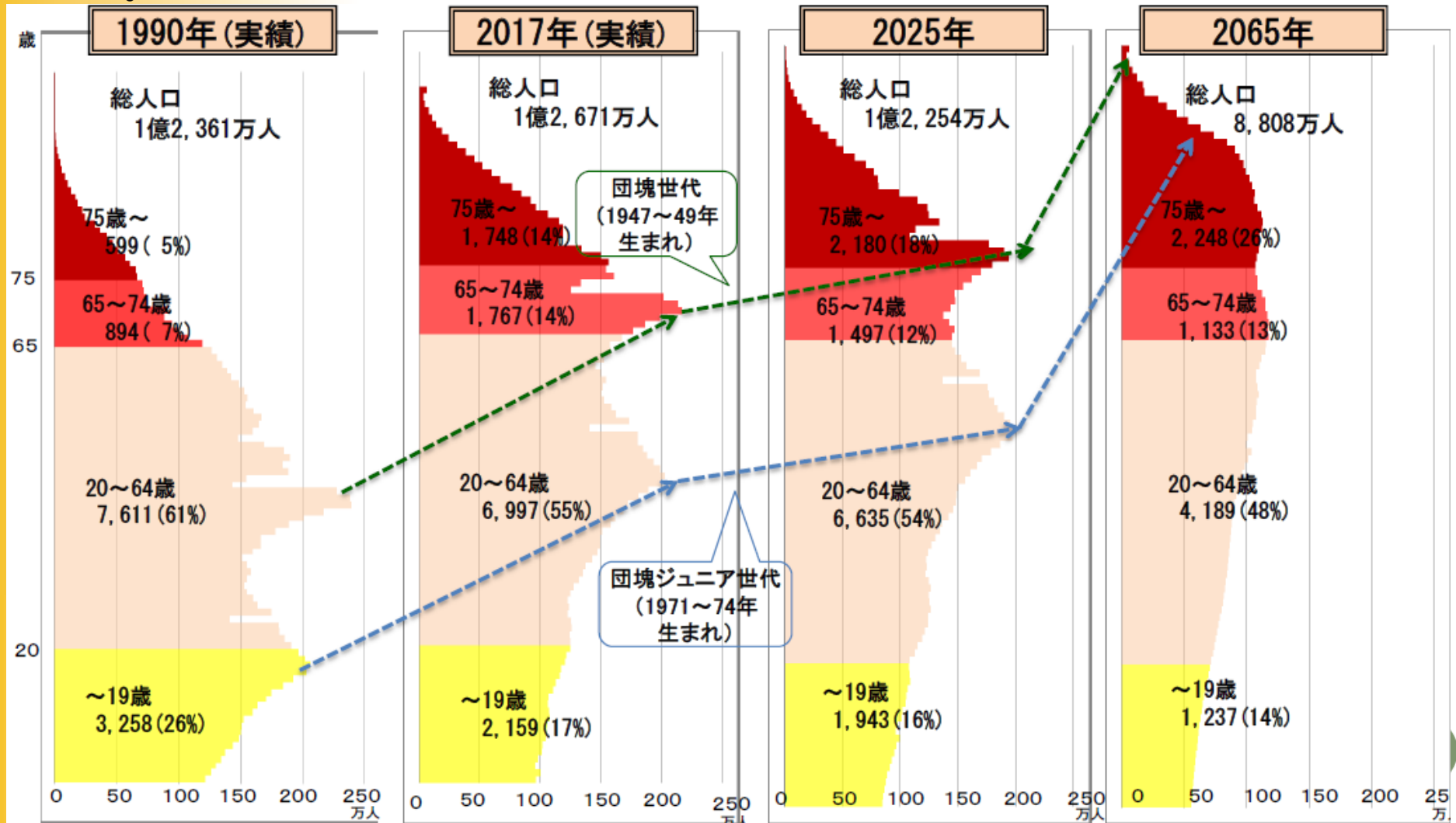


出典: 日本については2015年以前が総務省 国勢調査、2020年以降が国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年）：出生中位(死亡中位)推計（毎年10月1日時点の数値）。他国については国際連合「World Population Prospects 2017」。

総務省統計局、国立社会保障・人口問題研究所、国連資料参照

日本の人口ピラミッドの変化

団塊の世代が全て75歳となる2025年、75歳以上が全人口の18%に到達する。また2065年には、人口は8800万人程度まで減少するが、一方で高齢化率は38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」および「人口推計」、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年推計):出生中位・死亡中位推計」

介護保険制度施行前の制度の問題点

90年代に入り、福祉と医療の支援体制が一本化されておらず、双方の問題が露呈された。当時、ドイツが社会保障としての介護システムをスタートさせるもすぐに破綻した経過もあり、日本では利用者と事業所とのサービス供給間に「介護支援専門員（ケアマネジャー）」というインターフェイス機能を持った役職を配置。自立支援を念頭に置き、それを扇の要に据える事でサービス供給量の制限をはかる事となる。

老人福祉

対象となるサービス

- ・特別養護老人ホーム等
- ・ホームヘルプサービス、デイサービス等

(問題点)

- 市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため(措置方式)、利用者がサービスの選択をすることができない
- 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担(応能負担)となるため、中高所得層にとって重い負担
- 所得調査が必要なため、利用に当たって心理的抵抗感が伴う
- 市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがち

老人医療

対象となるサービス

- ・老人保健施設、療養型病床群、一般病院等
- ・訪問看護、デイケア等

(問題点)

- 中高所得者層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)の問題が発生
 - 特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高く、医療費が増加
 - 治療を目的とする病院では、スタッフや生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分
(居室面積が狭い、食堂や風呂がない等)

従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界

⇒措置から契約へ



「措置から契約へ」

従前の制度＜措置＞

行政窓口に申請し、市町村がサービスを決定

医療と福祉が別々の動き

市町村や公的な団体（社会福祉協議会等）中心のサービス提供

所得によって負担が変わる
→中高所得者は利用に躊躇い



介護保険制度＜契約＞

利用者が自らサービスの種類や業者を選んで利用

介護サービスの利用計画書（ケアプラン）を作り、医療・福祉のサービスを一体的、総合的に利用

株式等の民間企業、農協、生協、NPO等、多様な事業者によるサービスの提供

所得に関わらず原則 1 割の負担（一定以上所得者については、利用者負担は 2 割、3 割となる）



介護保険を利用するまで

介護サービスの利用のしかた

介護(介護予防)サービスを利用するまでの手続きの流れを見てみましょう

介護(介護予防)サービスを利用するためには、大田区に申請して「介護や支援が必要である」と認定されることが必要です。窓口申請すると、訪問調査や審査を経て、介護が必要な状態かどうか、またどのくらいの介護が必要であるかが決まります。サービスを利用するまでの手続きの流れは以下のようになっています。

申請する



サービスの利用を希望する人は、地域包括支援センターに「要介護認定」の申請をしましょう。**P10へ P41へ**

要介護認定

●訪問調査



心身の状況を調べるために、本人と家族などへの聞き取り調査を行います。**P12へ**

●主治医の意見書



区役所より主治医へ意見書の記載を依頼します。

●介護認定審査会



訪問調査の結果と主治医の意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家が審査します。**P13へ**

●認定

介護を必要とする度合い(要介護状態区分)が認定されます。

- 非該当
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

P14へ

認定結果の通知



原則として申請から30日以内に、大田区から認定結果が通知されます。**P14へ**

更新

認定の有効期間は原則として6～12か月です。また、36か月に延長される場合もあります。引き続きサービスの利用を希望する場合には、有効期限満了前に更新の申請をしてください。

※有効期間内に大きな状態の変化がある場合は、改めて認定申請(区分変更申請)をすることができます。**P15へ**

サービスを利用する



介護サービス(介護予防サービス)を行う提供事業者と契約を結び、ケアプラン(介護予防ケアプラン)にもとづいてサービスを利用します。原則として費用の1割、2割または3割が利用者負担となります。**P20へ P32へ**

ケアプラン(介護予防ケアプラン)を作る



どんなサービスをどのくらい利用するかというケアプラン(介護予防ケアプラン)を作ります。**P16へ P18へ**

更新の場合は、現在利用中のサービスの継続を前提に介護支援事業所または地域包括支援センターに相談します。

利用できるサービス

■非該当の人

大田区が行う介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業等が利用できます。**P5へ**

■要支援1・2の人

介護保険の予防給付、介護予防・生活支援サービス事業のサービスが利用できます。**P16へ**

■要介護1～5の人

介護保険の介護給付が利用できます。**P18へ**

どのくらいの介護が必要か 調査と審査が行われます

区の職員または区が委託した介護支援専門員（ケアマネジャー）が訪問調査員として自宅や施設等を訪問し、心身の状況について本人や家族等から聞き取り調査を行います。

訪問調査員が全国共通の調査票にもとづき、基本調査、概況調査、特記事項の記入をします。

調査の結果はコンピュータ処理され、どれくらいの介護が必要かの指標となる「要介護状態区分」が示されます（一次判定）。

心身の状況
について
ご質問します



調査項目は
74項目です。

このような調査項目があります

〔身体機能・起居動作〕

- 麻痺等の有無
- 寝返り
- 座位保持
- 両足での立位保持
- 歩行
- 視力
- 聴力 …など

〔生活機能〕

- 移動
- えん下
- 食事摂取
- 排尿
- 排便 …など

〔認知機能〕

- 意思の伝達
- 毎日の日課を理解
- 短期記憶
- 徘徊 …など

〔精神・行動障害〕

- 作話
- 昼夜の逆転
- 介護に抵抗
- ひどい物忘れ …など

〔社会生活への適応〕

- 薬の内服
- 金銭の管理
- 日常の意思決定
- 買い物
- 簡単な調理 …など

〔過去14日間にうけた 特別な医療について〕

〔日常生活自立度〕



調査のポイントとしては、普段の事よりも、その日その場でどうなのかが可否を決める最大の要素となる。また認定調査は状況にもよるが、概ね1時間は必要。認知症状況等、その場で本人に聞きにくい事、また間違った回答をしてしまっている等の際は、調査終了後に正確な内容を後づけで伝える事も可能。



介護サービスの種類

自分に必要なサービスを組み合わせて利用できます

※サービス費用のめやすは、1割負担の場合の金額を記載しています。

介 原則、要介護1～5の人が利用できるサービスです。

予 原則、要支援1・2の人が利用できるサービスです。



在宅サービス

●在宅サービスの費用●

介護保険の在宅サービスを利用する際には、要介護状態区分別に上限額（支給限度額）が決められています。利用者は原則としてサービスにかかった費用の1割、2割または3割を自己負担します。

●在宅サービスの支給限度額

要介護状態区分	在宅サービス(家庭で利用するサービスと通所して利用するサービス)1か月当たりの支給限度額
要支援1	5,003単位：月額 50,030～57,000円程度
要支援2	10,473単位：月額 104,730～119,000円程度
要介護1	16,692単位：月額 166,920～190,000円程度
要介護2	19,616単位：月額 196,160～223,000円程度
要介護3	26,931単位：月額 269,310～307,000円程度
要介護4	30,806単位：月額 308,060～351,000円程度
要介護5	36,065単位：月額 360,650～411,000円程度



介護認定区分により、サービスの利用可能量が決まる。基本的には認定調査によって、1日にかかる介護の分数により認定が決まる。要介護5は要支援1の7倍以上のサービス利用が可能だが、平均の利用単位は全体ので50%程度。

「不必要な給付は存在しない」

介訪問介護（ホームヘルプ）

利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支えあい、支援サービスなどが受けられない場合には、ホームヘルパーによるサービスを提供します。ホームヘルパーが居宅を訪問し入浴、排泄、食事等の身体介護や通院を目的とした乗降介助が利用できます。

※生活援助の利用は次のような場合です。

- ①利用者が一人暮らしの場合
- ②利用者の家族等が障害や疾病等の場合
- ③利用者の家族等が障害や疾病等でなくても、同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合

■サービス費用のめやす

身体介護（20分以上30分未満）	283円
生活援助（20分以上45分未満）	207円
通院のための乗車・降車の介助（1回）	112円

※早朝、夜間は25%加算、深夜などは50%加算あり
※移送にかかる費用は別途自己負担



様々なサービスにはひとつひとつ単価が付いており、その積み上げの合計が認定範囲単位内に収まれば1～3割負担。超過した場合、その分だけが自己負担となる。単位を管理するのも介護支援専門員業務のひとつ。

介通所介護（デイサービス）

通所介護施設で、食事、入浴などの日常生活行為向上のための支援を日帰りで

■サービス費用のめやす

通常規模の事業所の場合（7時間以上8時間未満）

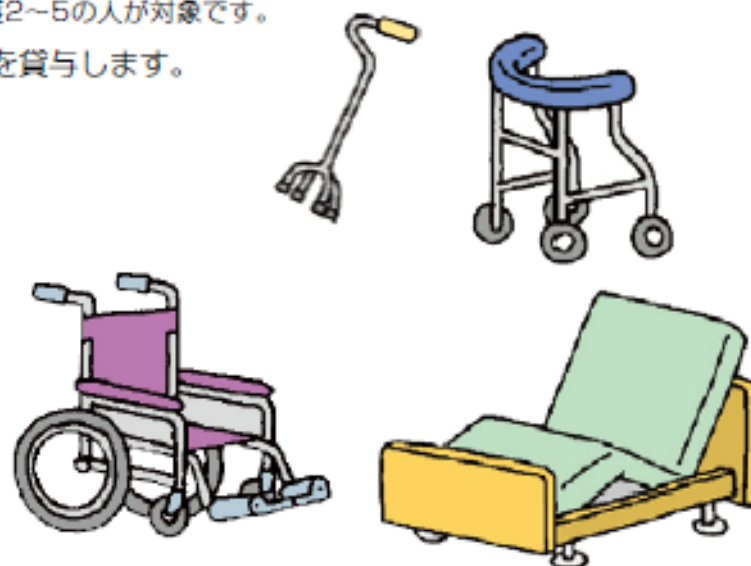
要介護 1	703円
要介護 2	830円
要介護 3	963円
要介護 4	1,094円
要介護 5	1,226円

※入浴などは加算あり

介2～5※福祉用具貸与 ※要介護2～5の人が対象です。

日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与します。

- 車いす
- 車いす付属品
- 特殊寝台
- 特殊寝台付属品
- 床ずれ防止用具
- 体位変換器
- 手すり（工事をとみなわないもの）
- スロープ（工事をとみなわないもの）
- 歩行器
- 歩行補助つえ



被保険者、利用者の増加

第1号被保険者数が1.6倍なのに対し、認定者数はその約倍の3.0倍となっている。制度開始から20年近くで制度の広報周知がされ、介護保険制度が社会保障のひとつとして認知されてきていると考える。またサービス利用者も3.2倍に増加し、高齢者の生活、介護になくてはならないものに発展、定着している事がわかる。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,492万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
認定者数	218万人	⇒	644万人	3.0倍

③サービス利用者の増加

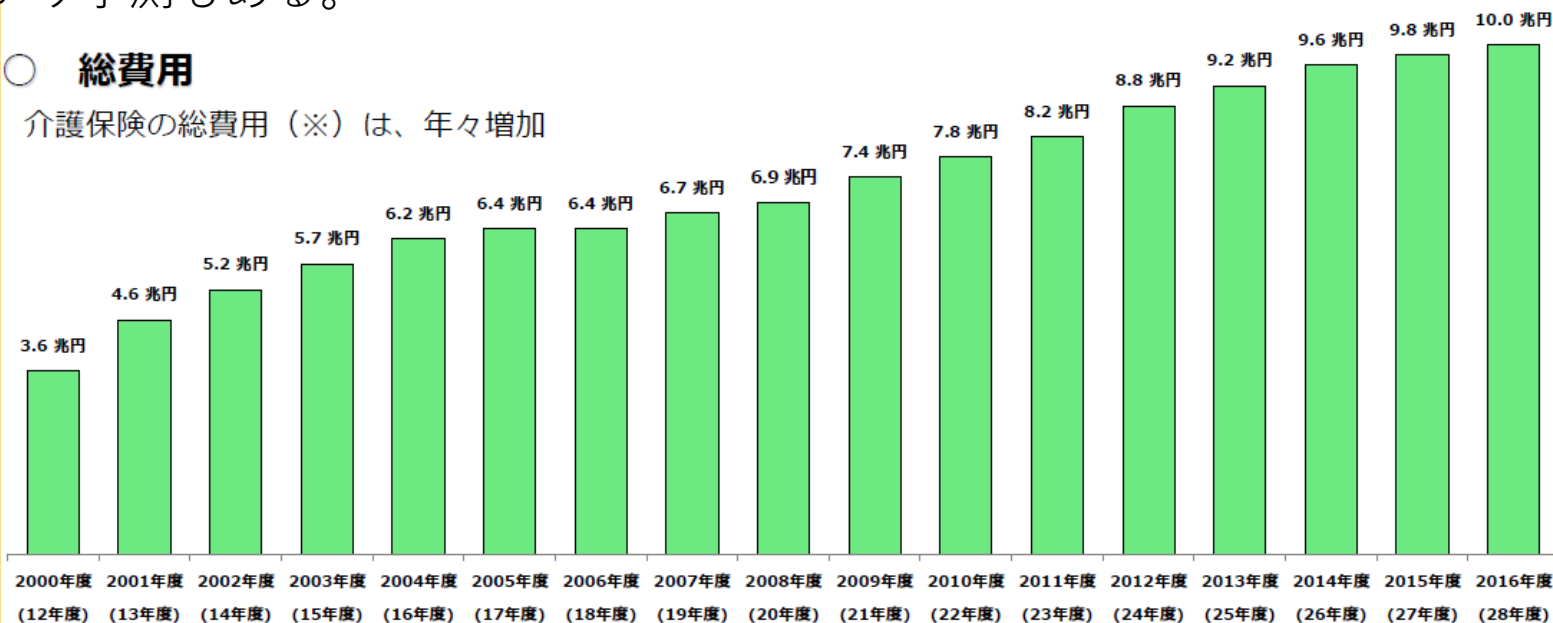
	2000年4月		2018年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	366万人	3.8倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	474万人※	3.2倍

介護費用と保険料の推移

2000年に3.6兆円でスタートした介護保険制度であるが、それから20年経過する前に10兆円に到達。未来的な試算では、2025年には20兆円近くまで増大すると見込まれる。また介護保険料も年々増加し、全国平均では発足当初の倍以上となっている。2025年には第1号被保険者の保険料が8,200円に到達するという予測もある。

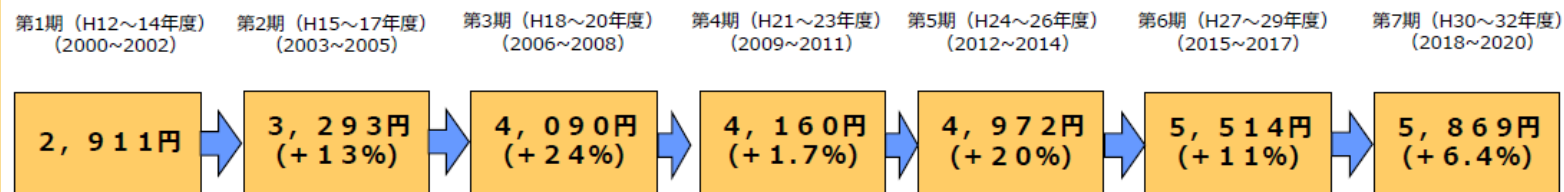
○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



出典：H26.3.24厚生労働省社保審介護給付費分科会資料

介護保険制度の改正期の改定内容

第1期
平成12年度～

H12.4 介護保険法施行



第2期
平成15年度～

H15.4 一部改正
(複合サービスの廃止／重度者の特養ホーム入所等)

第3期
平成18年度～

**H18.4 介護予防の重視／施設給付の見直し／
地域密着型サービスの創設／介護サービス情報の公表他**

第4期
平成21年度～

**H21.4 介護サービス事業者への法令順守等、業務管理体制整備／
介護報酬の引き上げ**

第5期
平成24年度～

H24.4 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの創設 ⇒ 地域包括ケアの推進／在宅重視へ

第6期
平成27年度～

H27.4 地域包括ケアシステム構築に向けた地域支援事業の充実／訪問介護、通所介護の地域支援事業への移行／自己負担の引き上げ他

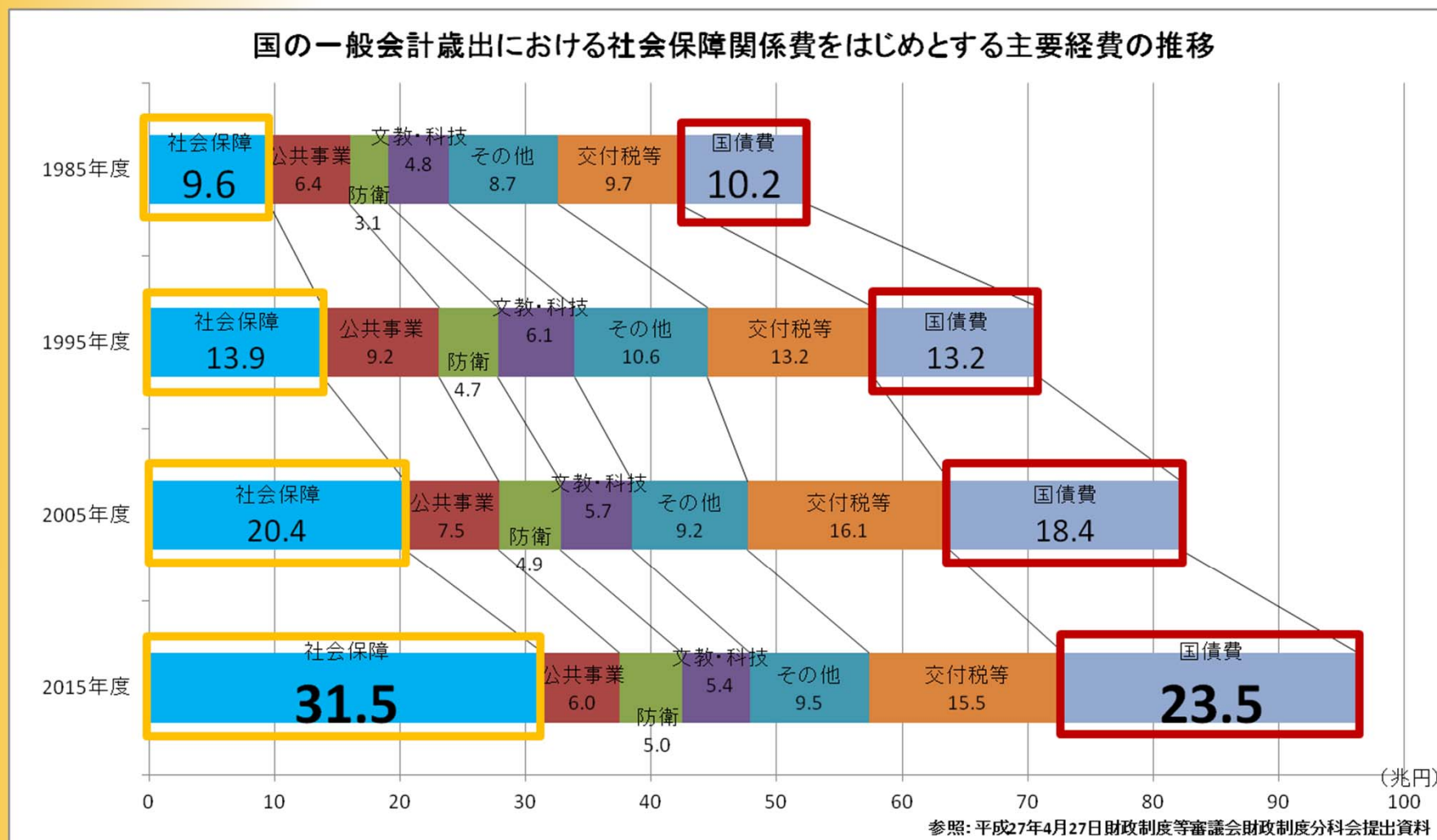
第7期
平成30年度～

H30.4 共生社会が謳われ、福祉の一本化を目指す様になる



一般会計における経費

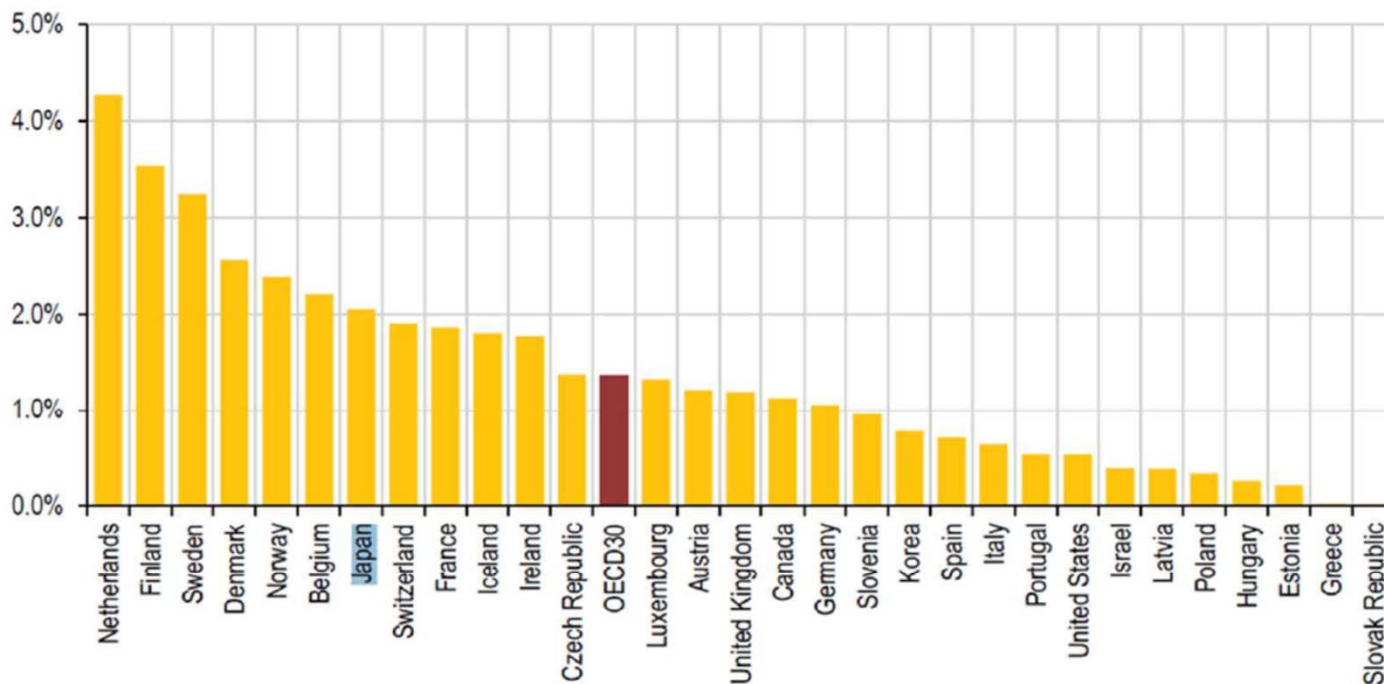
・日本は社会保障費（主に高齢者福祉費用の年金、医療等）が増加の一途をたどり、それは国債（借金）によって賄われている。つまり子供や孫にその借金を払わせるという事。また公共事業や文教・科技への経費は抑えられており、言い換えれば先行投資をしない、対処療法的な対応を取っている。



GDP費における社会保障費の支出状況

2016年のOECD報告では、2014年において日本は対GDP費が世界でも比較的上位の支出状況になっている。欧米は移民等の流入は比較的盛んな地域ではあるが、少子化は進行しており、日本以外の各国は介護保障を維持していく為に何らかの形で抑制する必要に迫られている。

Figure 2. Public expenditure on LTC as a share of GDP (2014 or nearest year)



Source: OECD Health data 2016

Notes: Refers to total expenditure reported as either "health" or "social" LTC under the System of Health Accounts definitions used by OECD, WHO and the European Commission. Includes spending on LTC for people of all ages, while the analysis in this report focuses on older people (65+). Data for the United States and Israel refer to institutional care only.

世界の介護関係状況～ドイツ／フランス～

<ドイツ>

保険料は20歳以上の被保険者が負担。子供から大人まであらゆる層に対応しており、障害者・障害児までカバー。

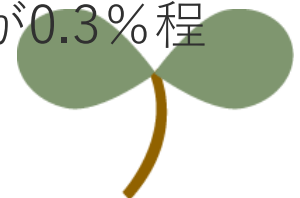
家族介護が保険給付の対象となっており、現金給付（介護手当）の他、代替介護（介護者の年間4週の休暇サービス）、介護者の為の年間保険料拠出がある。発足当初は80%超の介護手当受給であったが、2000年に入り、約半数に減少している。

子供のいる世帯、いない世帯で保険料率が若干違いがある。

<フランス>

1960年代から在宅サービスが整備され、70～80年代にかけて、ケア付き介護者住宅等が整備された。社会保障ではなく社会扶助であり、サービスの利用、特に施設入所等には所得制限がある。

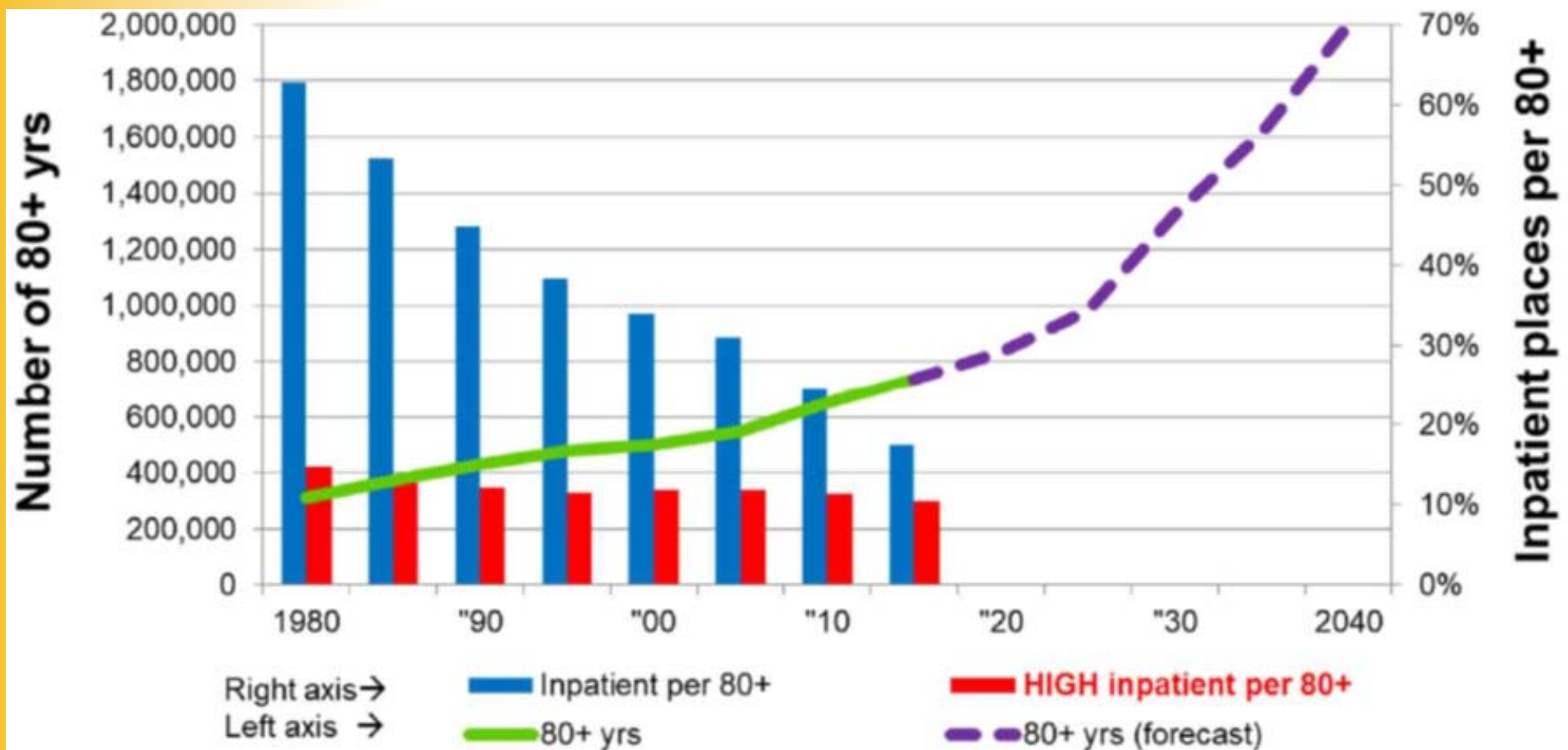
2003年夏、猛暑により1.5万人の高齢者が脱水症等で他界。結果、「高齢者と障害者の自立のための連帯法」が2004年に成立した。この法は、祝日を1日減らして営業日にし、雇用主がその日の売り上げ相当額を納めるという仕組み（営業日が1日増えるだけでGDPが0.3%程度、約45億ユーロ伸びると考えられている）



世界の介護関係状況～オランダ①～

<オランダ>

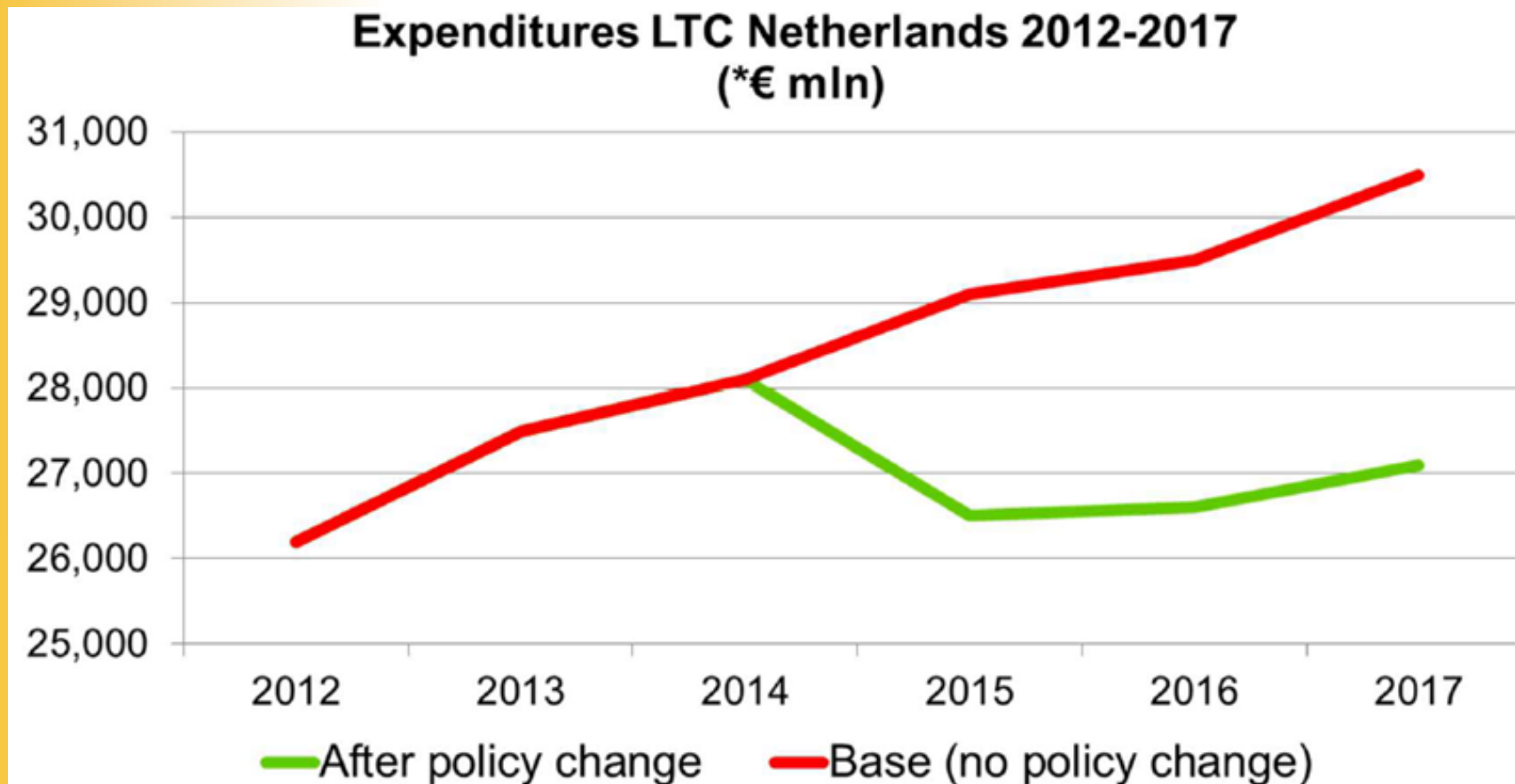
前述のグラフによると、2014年においてオランダは対GDP費が世界でも高い支出状況になっていた。かつてオランダでは介護の必要性が高くないにも関わらず、配偶者の死等をきっかけに施設に入所してしまう事が一般的であった。現在では重度や医学的に必要性が認められない限り入所は出来ない。



世界の介護関係状況～オランダ②～

<オランダ>

増加する支出を抑える等の対策として2015年に大きく改革された。本人の能力とニーズ、家族等による支援の可能性を勘案したスタンスに変わり、言い換えればフォーマルケアの領域が減少され、インフォーマルケアの領域が拡大された事に近い。

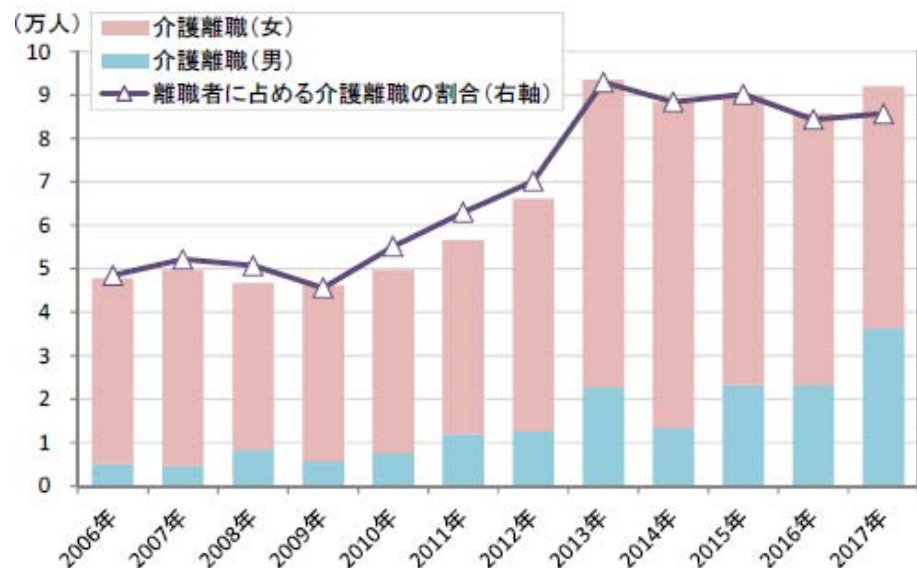


日本の介護保険制度の課題 < 介護離職 >

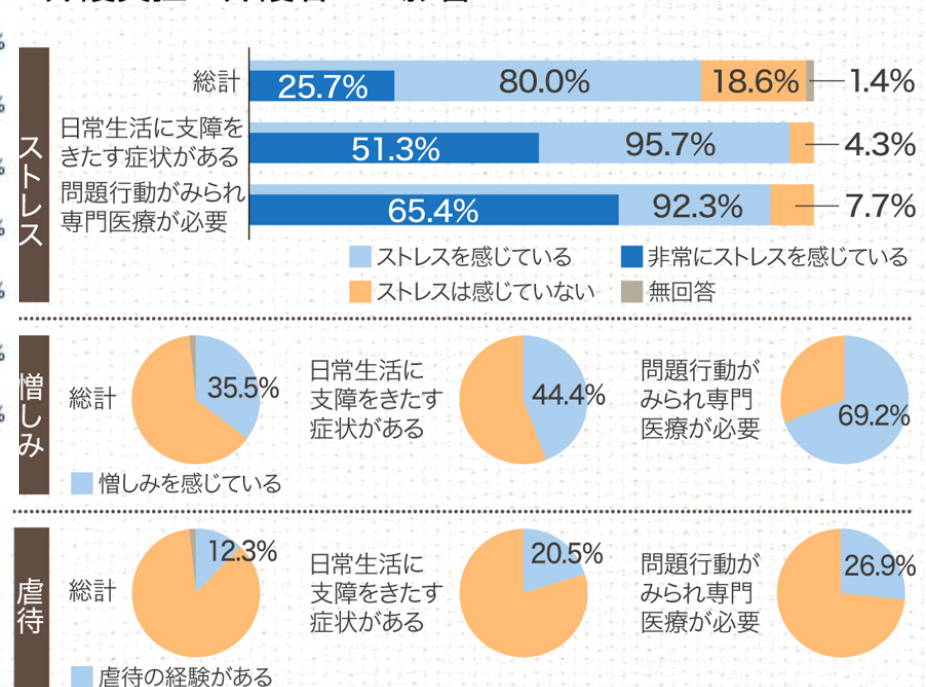
介護保険制度は改正ごとに根本的な部分を変容させているが、ただ介護を提供しているのではなく、利用者の生活全体の支援が必要である。介護離職者の数は10年で倍近くに増加し、また介護離職に伴う経済全体の付加価値損失は6,500億円とも言われている。

家族介護をしている方の8割はストレスを感じており、また憎しみを感じている方は3割。虐待を行った経験者は1割となっている。

介護離職者数の推移



介護負担の介護者への影響 — ストレス、憎しみ、虐待の有無



出典：連合ダイジェスト「介護者から見る介護制度の問題点」

日本の介護保険制度の課題 < 人材不足 >

高齢化、また「介護離職ゼロ」の背景を受け、介護人材の需要は年々増加。

2025年には約38万人、2035年には約80万人が不足すると考えられている。人材不足を補う為、EPAによる外国人介護労働者の導入を進めているが、現実的には3,500人程度の受け入れ人数となっている。

将来の人材受給推計

介護人材は現在180万人、2025年需要は253万人=その差**70万人（39%増）**
2035年需要は307万人=その差**120万人以上（66%増）**

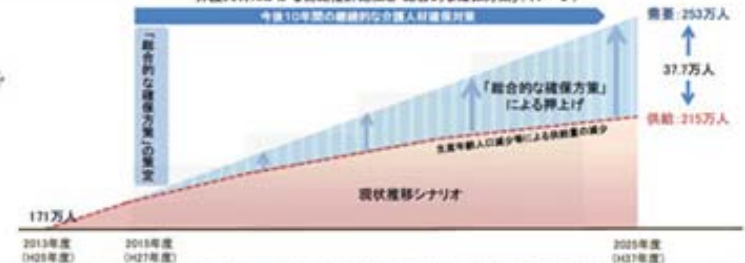
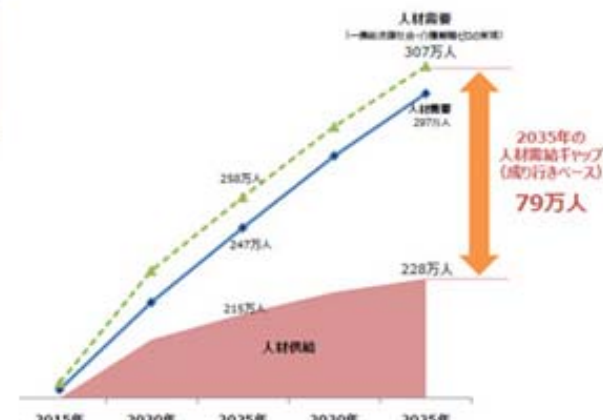
厚労省推計
2025年：37.7万人不足

経産省推計
2035年：79万人不足

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

- 都道府県推計に基づく介護人材の供給推計における供給ギャップは37.7万人(需要約253万人、供給約215万人)
○ 都道府県においては、第6期介護保険事業支費計画に供給推計結果に基づく供給ギャップを埋める方を位置付け、2025(平成37年)に向けた取組を実施。
○ 国においては、今次審議会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域福祉介護保険給付確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含んだ施策の全体像「可能な確保方案」をとりまとめ、2025(平成37年)に向けた取組を総合的・計画的に進進。
○ 3年1期(介護保険事業計画と併せてPOCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を先発・実施)

合議人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)

[illegible]

※人口推計は、経済産業省の推計であり、厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかわる調査推計（確定版）」について、必要見込みの推計結果と異なる。

入国年度		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	累計
介護	インドネシア	104	189	77	58	72	108	146	212	233	295	1,494
	フィリピン(就労)	-	190	72	61	73	87	147	218	276	276	1,400
	ベトナム	-	-	-	-	-	-	117	138	162	181	598
	合計	104	379	149	119	145	195	410	568	671	752	3,492
	フィリピン(就学)	-	27	10	-	-	-	-	-	-	-	37

出典：厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」

日本の介護保険制度の課題

<ナショナル・ミニマムの保障>

介護保険制度導入当初から、保険者は要介護者の要介護度認定は把握していても、その後の利用者のサービス利用状況や生活状況を直接把握はしていない。つまり、利用者の実際のサービス利用状況の把握や生活状況についてはケアマネジャー等に任せきりで、自立支援に対する公的責任が縮小され、また意識も薄れてきている。保険者の相談窓口である地域包括支援センターにおいても同様で、本来なら行政が行うはずの相談業務から距離を置くようになってきている（全国平均で直営は26%）。利用者のサービス利用とその生活についての最終的な公的責任（ナショナル・ミニマムの保障）を担うという役割を再確認する必要がある。

	センター 設置数	設置形態	
		直営	委託
区 部	251か所	9か所	242か所
市町村部	151か所	13か所	138か所
合 計	402か所	22か所	380か所

出典：東京都ホームページ



3. すべての人に健康と福祉を
あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し、福祉を推進する

⇒公的責任の行方は？

今日のまとめ

1. 世界各国が人類初の高齢化社会へ
2. 「措置から契約へ」から「持続可能性の確保」へ
3. ①地域包括支援センター ②介護支援専門員
4. 日本は対GDP費世界7位の社会保障支出状況
5. 福祉先進国も近年、社会保障費の支出減へ
6. 日本の介護保険制度の課題は、「介護離職」「人材不足」「ナショナル・ミニマムの保障」

