

第1節

高齢者を取り巻く地域の状況と取組み

1 介護保険制度と地域差の要因

(1) 介護保険制度の沿革

1) 介護保険制度以前の老人福祉施策の発展

戦後間もない時期は、我が国の高齢者福祉施策は、ごく一部の低所得者を対象に、生活保護法に基づいた養老施設などがある程度であった。しかし、1955（昭和30）年以降、高齢者の増加、産業構造の変化による高齢者の就業機会の減少、人口の都市集中に伴う家族制度の変化など、高齢者を取り巻く環境が変化し、身体障害者の福祉制度などと同様に、高齢者の福祉を幅広く推進し発展させていくための独立した制度が期待されるようになった。このため、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、特別養護老人ホーム、老人家庭奉仕員の派遣などが規定された。しかしながら、特別養護老人ホームの実際の入所者の実態は、低所得者等が優先され、一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかった。

1970年代になると、高齢者福祉では、寝たきり高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされ、社会福祉施設緊急整備5カ年計画が策定されるなど、特別養護老人ホームを中心に、量的な整備が徐々に図られてきた。一方、老人医療の分野においては、老人医療費の無料化の影響により、老人医療費が著しく増大し、福祉施設などに受け皿がないために病院へ入院するなどによるいわゆる「社会的入院」の問題が指摘されるようになった。

1980年代になって、通所介護、短期入所生活介護が制度化されるなど、在宅福祉に力が入られるようになったが、在宅介護の充実にとって大きな節目となったのが1989（平成元）年に策定された「高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）」であった。同計画において、数値目標をもって、在宅福祉事業が積極的に進められるとともに、同計画を円滑に推進するため、1990（平成2）年に老人福祉法等が改正され、全市町村及び都道府県が「老人保健福祉計画」を策定することが義務づけられた。これらにより、市町村において、在宅サービスと施設サービスが一元的かつ計画的に提供できるような体制が整えられた。さらに、全国の地方公共団体で作成された老人

保健福祉計画の内容を踏まえて、1994（平成6）年には、計画の内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十カ年戦略（新ゴールドプラン）」が策定された。

2) 介護保険制度の導入

1990年代に入り高齢者保健福祉の基盤整備が強化されたが、我が国における急速な高齢化の進展に伴い、寝たきりの高齢者などが急速に増加し、介護ニーズが急速に増大することが見込まれる一方で、核家族化の進展等による家族の介護機能が低下し、高齢期の介護が家族にとって身体的、精神的に大きな負担となってきた。

これまで、高齢者に対する介護サービスは、一部は老人福祉法に基づいて行政側がサービスの内容を決める、いわゆる「措置」に基づくサービスとして提供され、また、一部は老人医療の中で担われてきた。しかし、従来の公費による措置制度では、その性格上、予算の制約の下で、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決められ、これ以上の介護サービスの飛躍的な拡充が期待し難かった。また、措置制度では、世帯収入に応じた利用者負担が求められることから、中高所得層にとって利用しにくい面があった。一方、老人医療においても、いわゆる社会的入院の問題を抱え、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていないという課題を抱えていた。

これを踏まえ、高齢者の介護の問題を一部の限られた問題としてとらえるのではなく、高齢者を等しく社会の構成員としてとらえながら、国民皆で高齢者の介護の問題を支える仕組みとして、1997（平成9）年に介護保険法が成立し、2000（平成12）年4月から介護保険制度が施行され、要介護認定を受ければ、利用者がいつでも介護サービスを受けられるようになった。

介護保険制度は、住民に最も身近な地方自治体である市町村が保険者となって運営や財政責任を担い、市町村ごとに給付と負担が連動する地方分権的な仕組みとなっており、各市町村が地域内の介護サービスの見込み量を積み上げた計画を自ら策定し、それぞれの市町村の介護サービスの見込み量に基づいて保険料を算出することとしている。また、保険給付の範囲を超える上乘せサービス、横出しサービス^(注)について地方自治体の選択による実施を認めているなど、地域の実情に応じたサービスを行うことができる制度となっている。さらに、介護保険法では、サービスの内容や水準は、

(注) 介護保険により受けられることができるサービスについて、サービスの給付は要介護度ごとに保険給付の支給限度基準額が設けられ、その範囲内で利用されたサービスについて給付が行われる仕組みとなっているが、市町村は条例によって支給限度基準額を上回る額を支給限度額として設定でき（上乘せサービス）、さらに、条例によって給食サービス、移送サービス、理髪サービスなど保険給付の対象外のサービスを市町村独自の保険給付として実施することもできる（横出しサービス）。

図表2-1-1 ▶

要介護状態となった場合においても、可能な限り、在宅において、能力に応じ自立した生活ができるように配慮することとしており、制度発足当初から、自立支援や在宅重視の理念を掲げている。

図表2-1-1 介護保険制度の概要

1 目的

老後の最大の不安要因である介護を国民皆で支える仕組みを創設

社会保険方式により給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みを創設

従来の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設

介護を医療保険から切り離し、社会保障構造改革の皮切りとなる制度を創設

2 保険者

保険者は、市町村及び特別区とし、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が重層的に支え合う制度となっている。

3 被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者 ・要支援者 	左のうち、初老期認知症、脳血管障害等の老化に起因する疾病によるもの
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	<ul style="list-style-type: none"> ・所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） ・老齢退職年金給付18万円以上は年金天引、それ以外は普通徴収 	<ul style="list-style-type: none"> ・健保：標準報酬及び標準賞与×介護保険料（事業主負担あり） ・国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）

4 利用手続

市町村が、介護認定審査会の審査判定結果に基づき要介護認定・要支援認定

介護認定審査会は、被保険者の心身の状況等の調査結果、主治医の意見書に基づき審査判定。

要介護認定基準は全国一律に客観的に定める。

要介護度に応じた給付額（在宅の場合は支給限度基準額）を設定。

本人の需要に適応したサービスを総合的・計画的に提供する観点から、介護サービス計画（ケアプラン）の作成が基本

5 保険給付の内容

居宅サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与 等

施設サービス：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

6 利用料

1割の定率負担＋入院・入所者は食事の標準負担

1割負担が高額になる場合は高額介護サービス費により負担上限を設定

食事の標準負担及び高額介護サービス費については、低所得者に配慮

7 保険料

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、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者の負担は所得に応じたものとする。

第2号被保険者の保険料は、加入している医療保険者ごとの算定方法により算定される。（第2号被保険者1人当たりの平均負担額は同じ）

8 費用負担

介護給付に必要な費用は、国が全体の25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担し、残りの50%が被保険者の保険料により賄われる。なお、国費の5%分は市町村間の財政力の格差の調整のための調整交付金に充てられる。

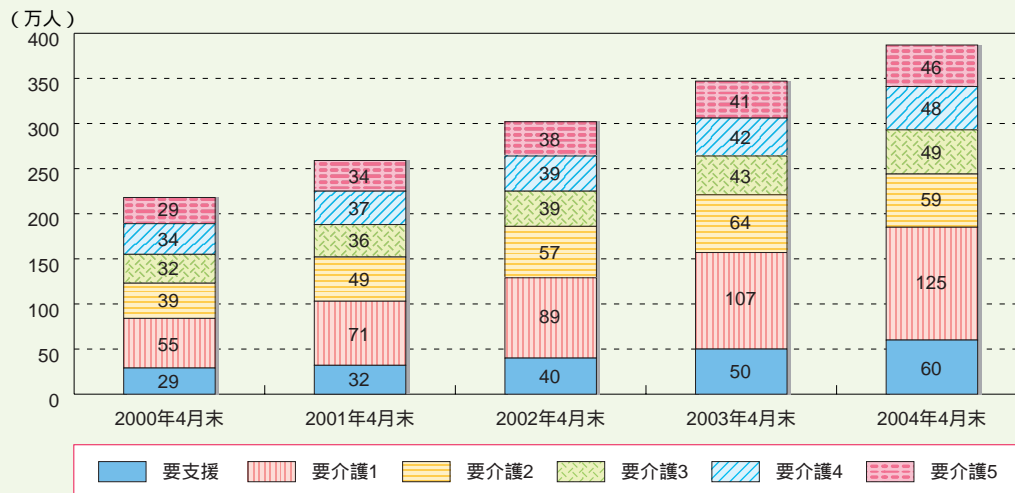
（介護保険の利用者数は増加）

介護保険の制度導入以来利用者数が増加しており、この状況をみると、介護保険スタートの2000（平成12）年4月から4年後の2004（平成16）年4月にかけて、第1号被保険者数が2,165万人から2,453万人へ288万人増加（13%増）するとともに、要介護認定者数は218万人から387万人へ169万人増加（78%増）している。また、サービス利

図表2-1-2▶

利用者数は、2000年4月の149万人から2004年4月の307万人と4年間で約2倍に増加しており、そのうち居宅サービスは97万人から231万人と大きく増加（138%増）している。そして、要支援・要介護1といった軽度者が84万人から185万人へ大幅に増加（120%増）し、要介護認定者数全体の48%を占めている。

図表2-1-2 要介護認定者数の推移



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」

さらに、保険給付について、2003（平成15）年度における支給額の総額は5兆653億円であり、2000年度における支給額3兆2,291億円から57%増となっている。支給額の内訳をみると、居宅介護（支援）サービスは2兆3,568億円、施設介護サービスは2兆7,085億円となり、その割合は居宅サービス46.5%、施設サービス53.5%となっている。2000年度における割合が居宅サービス33.9%と施設サービス66.1%であったことと比較すると、居宅サービスの割合が大幅に上昇してきている。

3) 介護休暇制度の法制化

高齢化の急速な進展、核家族化等に伴い、家族の介護が重要な問題であり、労働者が仕事と家族の介護を両立できる環境を整備することが求められるという状況を受けて、1995（平成7）年に、育児休業等に関する法律の改正により、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」が制定され、1999（平成11）年から介護休業制度が法制化された。

(2) 介護サービスの地域差とその要因

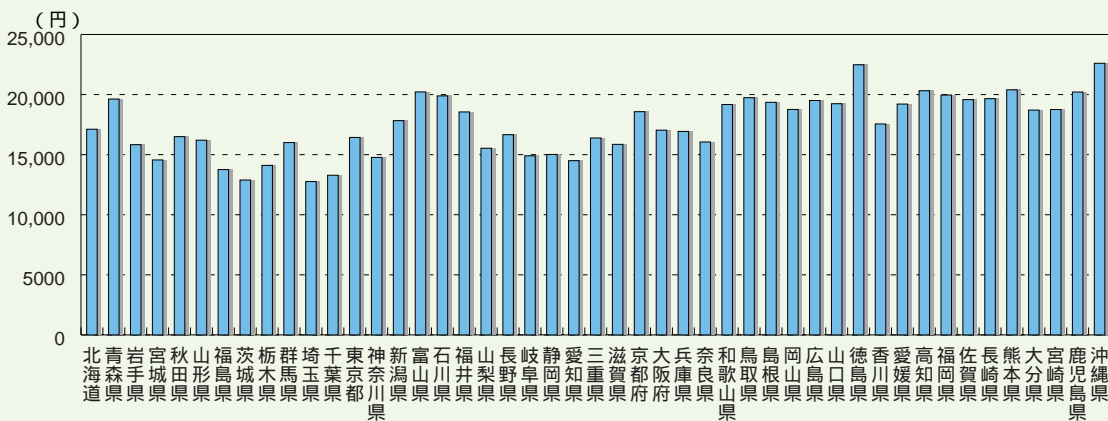
(介護保険給付費、保険料、要介護認定率に地域差がある)

次に、介護サービスについて、地域において多様な状況であることを検証するため、地域ごとの介護保険給付費、保険料、要介護認定率などの違いをみていく。

介護保険の給付費について、2003（平成15）年度において、被保険者1人当たり給付月額を都道府県別にみると、沖縄県の22,604円から埼玉県の12,762円まで1.8倍の差があり、九州、中国、四国地方が高く、関東、東北地方が低いという状況である。

◀ 図表2-1-3

図表2-1-3 第1号被保険者1人当たり介護保険サービス給付月額



(注) 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」(2003年度)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

また、保険者ごとにみると、被保険者1人当たり介護保険給付費の最も高い地域は沖縄県与那国町の35,635円で、最も低い地域は千葉県下総町の7,795円であり、その差は4.6倍となっている。これは、小規模な市町村において、施設サービス受給者割合が極めて高いために給付費の高騰等の事態が生じ、特異な数値を示したものである。

さらに、市町村ごとに定められる介護保険の保険料基準額^(注)(2005(平成17)年度)について、保険者ごとにみると、北海道鶴居村の5,942円から千葉県下総町の1,785円まで3.3倍の差があり、都道府県ごとの平均の保険料基準額をみると、沖縄県の4,501円から茨城県の2,520円まで1.8倍の差がある。

(注) 保険料基準額は、3年度を単位とした事業運営期間ごとに、介護保険事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、事業運営期間を通じて財政の均衡を保つことができるよう設定される。第1号被保険者の保険料は、保険料基準額に所得段階に応じた割合(0.5~1.5)を乗じて算定される。