

図表2-3-8 認知症高齢者及び一人暮らし高齢者の推計

(単位：万人)

要介護者の認知症高齢者の自立度（痴呆性老人自立度） （2002年9月末現在）		要介護者 要支援者	居 宅	特別養護 老人ホーム	老人保健施設	介護療養型 医療施設	その他の施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

	2002	2015	2025
自立度Ⅱ以上	149	250	323
	6.3%	7.6%	9.3%
自立度Ⅲ以上	79	135	176
	3.4%	4.1%	5.1%

資料：厚生労働省老健局調べ

(注) 2002(平成14)年9月末についての推計(端数処理のため合計が合わない箇所あり)。「その他の施設」は、ここでは、医療機関(療養病床(医療保険適用)、一般病床及び精神病床等)、グループホーム、ケアハウス等。カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲(痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害老人自立度が「自立」、「J」又は「A」)。

さらに、高齢者を取りまく家族の状況も大きく変化している。1980年(昭和55)年には7割の高齢者が子ども夫婦と同居していたが、2003年(平成15)年には47.8%まで低下し、家族の同居を前提とした制度設計では対応できなくなっている。また、一人暮らしの高齢者も年々増加しており、2005年に既に386万人と見込まれているが、2015年には566万人、さらに2025年には680万人にのぼるものと予想されており、一人暮らしの高齢者が要介護状態となったとしても、地域でそれを支えていくことができる社会の構築が求められている。

このように、介護保険制度が、高齢者人口の急速な増加、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加といった将来の展望に適切に対応できるよう、改革していくことが必要となっている。

## 2 介護保険制度の改革

### (1) 見直しの状況

このように、他国に類を見ない急速な高齢化が進展する中で、介護保険制度が将来にわたり国民の老後の安心を支え続けられるよう「制度の持続可能性」を確保していくとともに、2015(平成27)年、2025(平成37)年といった将来を見据え、予想される課題に適切に対応できる制度へと転換を図るため、2003(平成15)年5月より、社

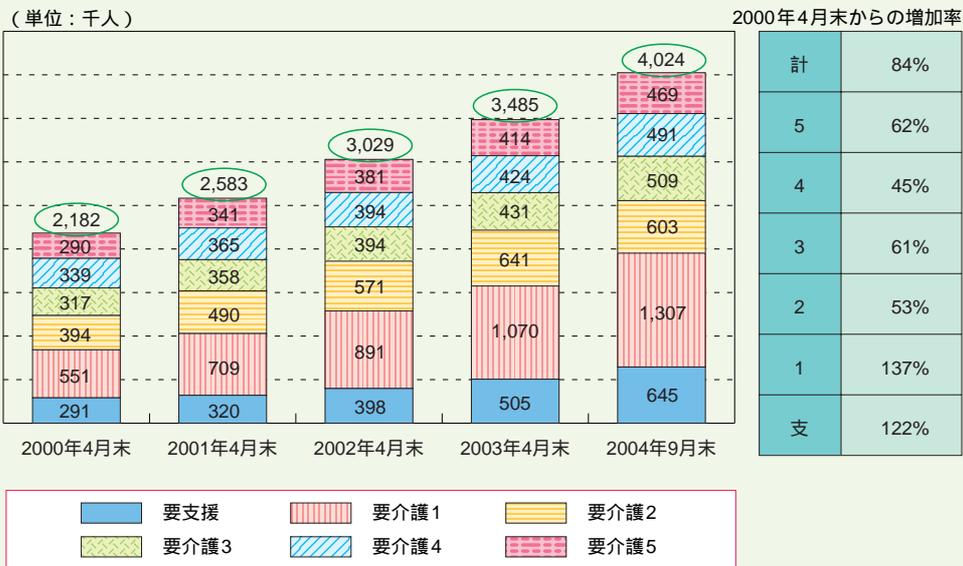
会保障審議会において介護保険制度の見直しに向けた検討を行ってきた。こうした検討の結果を踏まえ、2005（平成17）年2月に、「介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会へ提出し、同年6月に可決、公布されたところである。同改正法においては、2006（平成18）年4月の施行を基本とし、「痴呆」の用語の見直しについては公布日施行、施設入所者の利用者負担の見直しについては2005年10月施行、介護保険料の徴収方法の見直しについては2006年10月からの施行としている。

## （2）見直しの概要 … 「予防重視型システム」への転換

介護保険スタート後の5年間で、要介護認定<sup>（注）</sup>を受けた者の数は86%の増加と2倍近くに伸びているが、要介護度別に伸びの内訳を見ると、要介護4や要介護5といった重度者は、それぞれ45%増、62%増と比較的小さい伸び幅であるのに対し、要支援や要介護1といった軽度者については、それぞれ126%増、140%増と大幅に伸びており、現在、要介護認定者全体のおよそ半数を占めるに至っている。

◀ 図表2-3-9

図表2-3-9 要介護度別認定者数の推移

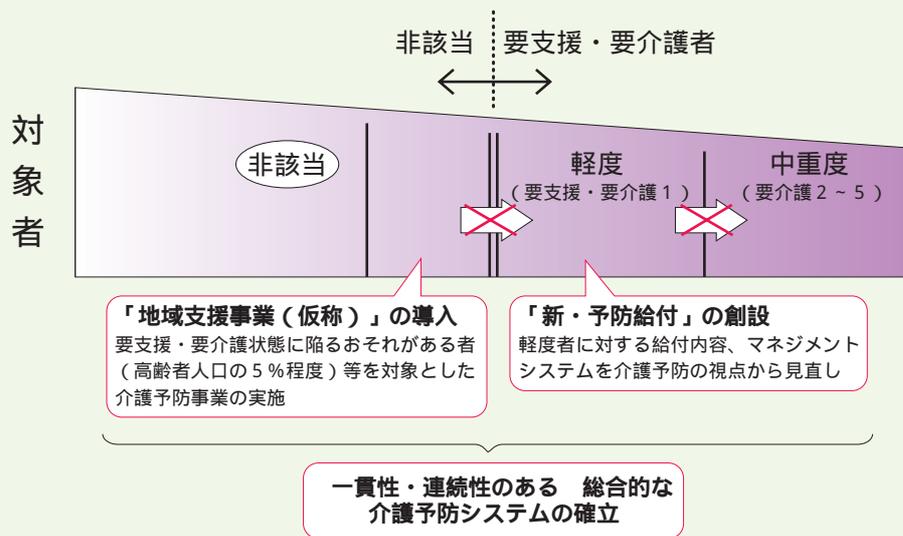


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告（月報）」

こうした軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が改善する可能性が高いと考えられているが、一方、現行の介護保険制度においては、重度者であっても軽度者であっても、基本的に同じサービスが提供されており、現行のサービスで

（注）「要介護認定」…介護保険制度においては、サービスを必要とする高齢者について、介護の必要度を「要支援」及び「要介護1～5」の計6段階に分けるための認定を行っている。

図表2-3-10 介護予防の推進



図表2-3-10▶

は、こうした軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないのではないかという指摘がなされている。

このため、今回の見直しにおいては、まず第1に、状態の維持・改善の可能性が高い軽度者に対しては、従来のように重度者と同じサービスを提供するのではなく、より生活機能の維持・改善に資するサービスを提供することとしている。具体的には、訪問介護（ホームヘルプ）や通所介護（デイサービス）といった従来のサービスについて、介護予防の観点からサービス内容・提供方法・提供期間等を見直すこととともに、運動器の機能向上や栄養改善等効果的な新たなサービスを導入することとしている。

第2に、従来は、「要支援」又は「要介護」の状態になってから、介護保険制度の対象とし、給付を行ってきたところであるが、今回の見直しにおいては、こうした「要支援」・「要介護」状態になる前の段階から、状態の悪化防止のための事業を対象とすることにより、要介護状態となる者をできる限り減らすこととしている。こうした「要支援」・「要介護」状態になる前の段階から軽度者までの介護予防については、市町村を責任主体としたマネジメント体制の下、一貫して継続的に行っていく。

このように、介護保険制度を「予防重視型のシステム」へと転換することにより、今後の超高齢社会においても、一人一人の高齢者が、長い高齢期を可能な限り健康で生き生きと過ごすことができることを目指していくこととしているところである。

### （3）見直しの概要 ……施設入所者の利用者負担の見直し

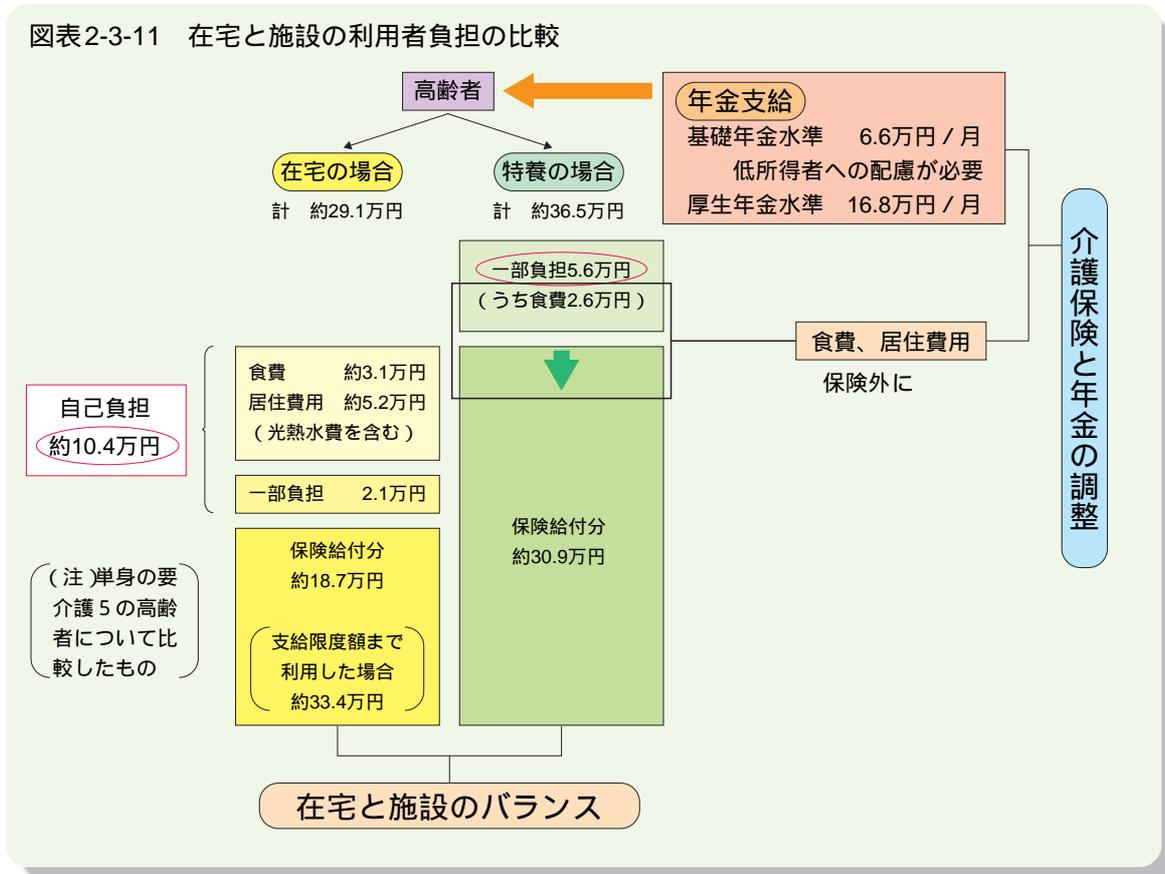
介護保険制度では、在宅におけるサービス利用と、特別養護老人ホーム等の施設へ

の入所とを利用者が選択できることとなっているが、利用者自身が負担するコストを見ると、在宅と施設との間で大きく異なっている。例えば、単身の要介護5の高齢者の場合、在宅でサービスを利用すると、保険給付額は約18.7万円、利用者自身が負担するコストは約10.4万円であるが、施設に入所すると、保険給付額は約36.5万円にのぼるが、利用者自身の負担額は約5.6万円となっており、在宅サービスの利用者は、施設サービスの利用者のおよそ2倍のコストを負担している現状にある。こうした差異は、在宅の場合、家賃や食費を自身で負担しているのに対し、施設の場合は、居住費や食費の一部においても保険給付がなされていることによるものである。

今回の見直しにおいては、こうした在宅と施設との間の利用者負担の不均衡を是正する等の観点から、施設における居住費・食費について、保険給付の対象から外し、在宅の場合と同様に、利用者の負担とするとともに、所得に応じた負担の上限額を設け、低所得であっても施設の利用が困難にならないような仕組みを設けることとしている。

なお、こうした予防重視型システムへの転換や、施設入所者の利用者負担の見直しなどの「給付の効率化・重点化」により、現行のままで推移すると約10.6兆円と見込まれる約10年後の介護給付費を、約8.7兆円に抑えることができる。また、約6,000円程

◀ 図表2-3-11



度となると見込まれる高齢者の介護保険料についても、約4,900円と、2割近く上昇を抑えることができる。

#### (4) 見直しの概要 …新たなサービス体系の確立

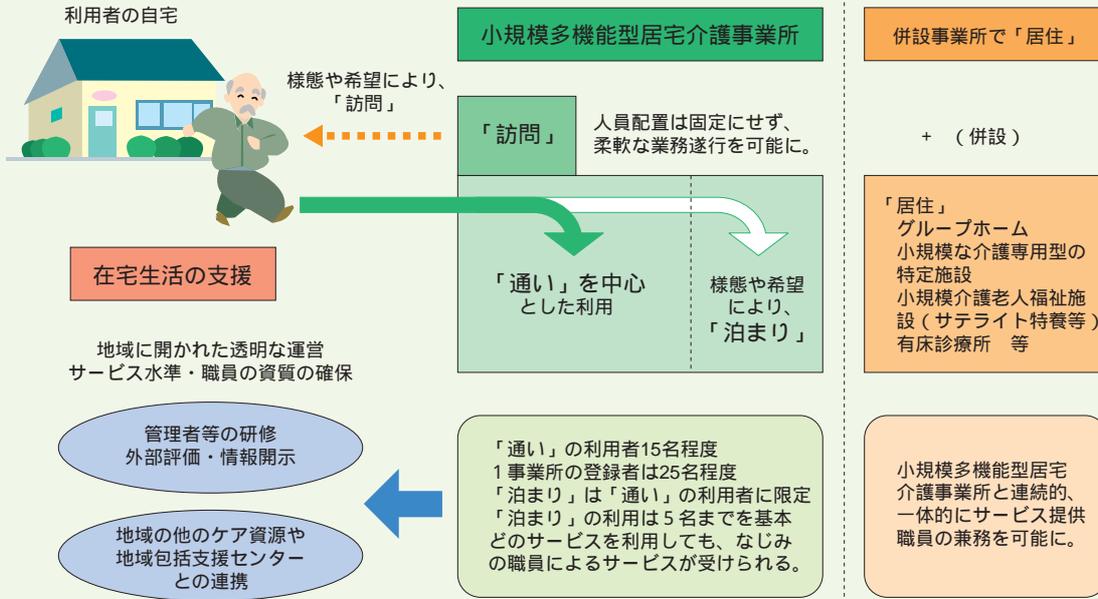
1(3)で見たように、2015(平成27)年、2025(平成37)年といった将来には、環境の変化への適応が難しい認知症高齢者や、子ども世帯と同居していない一人暮らしの高齢者が大きく増加することが見込まれており、こうした高齢者を、長年住み慣れた「地域」で支えていくことのできる社会を構築していく必要がある。

今回の見直しにおいては、都道府県知事が指定等の権限を有する従来の介護保険サービスに加え、住民に身近な市町村で提供されるべき新たなサービス類型として「地域密着型サービス」を創設することとしている。具体的には、「地域密着型サービス」については、市町村がサービスの必要整備量を計画に定め、事業者の指定・指導監督等を行い、当該市町村の被保険者の利用を原則とすることとしている。「地域密着型サービス」には、「小規模多機能型居宅介護」(一事業所で通所、訪問、泊まりといったサービスを職員と利用者なじみの関係の中で提供するもの)や、「夜間対応型訪問介護」(夜間に定期巡回と通報による随時対応を行う訪問介護)などのサービスを位置づけることとしている。

図表2-3-12 ▶  
図表2-3-13 ▶

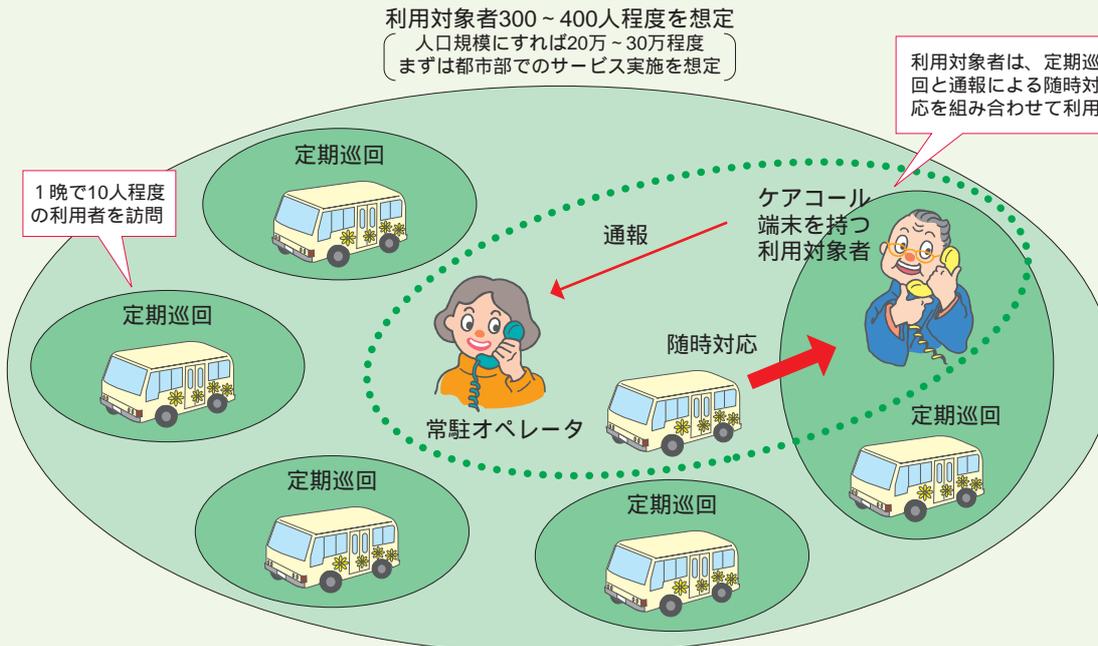
図表2-3-12 小規模多機能型居宅介護（仮称）のイメージ

基本的な考え方：「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。



図表2-3-13 地域夜間訪問介護（仮称）のイメージ

基本的な考え方：在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要  
**定期巡回と通報による随時対応**を合わせた「**夜間専用訪問介護類型**」を創設



### (5) 見直しの概要 …サービスの質の確保・向上

介護保険制度は、サービス提供者として多様な主体の参入を認めたことにより、スタート後5年間で、サービス基盤が飛躍的に整備されたが、その一方で、不適切なサービス提供や介護報酬の不正請求などにより指定取消を受ける悪質な事業者も年々増加するなど、サービスの質の確保・向上が課題となっている。

今回の見直しにおいては、まず第1に、利用者の適切な選択の下で、事業者が競争し、良質なサービスが提供されるよう、全ての介護サービス事業者に対して、介護サービスの内容や運営状況など利用者のサービス（事業者）選択に資する一定の情報の公表を義務づけることとしている。

第2に、不適切な事業者が漫然と市場においてサービスを提供することのないよう、指定の更新制を導入するとともに、過去5年以内に指定を取り消されている場合など一定の場合は、指定を受けることができないこととする等の事業者規制の見直しを行うこととしている。

第3に、利用者の実状を把握し、利用者に必要な介護サービス等を組み合わせ、利用できるよう計画を立てるなど介護保険サービスの要であるケアマネジャーの資質の向上を図るため、資格の更新制を導入するとともに更新時の研修を義務づけるなどの見直しを行うこととしている。

このほか、保険料の設定方法について、よりきめ細かく所得状況に配慮した仕組みとするなど様々な見直しを行うこととしているところである。

### (6) 被保険者・受給者の範囲（年齢の引き下げ）について

介護保険制度においては、現在、40歳以上の国民が介護保険料を納め、原則として65歳以上で介護を必要とする状態になった場合に、介護保険によるサービスが利用できる、高齢者のための制度となっている。このため、例えば、65歳未満で交通事故により介護を必要とする状態になった場合は、介護保険料を納めていたとしても、介護保険によるサービスを利用することはできない。

しかしながら、こうした保険料の納め手（被保険者）とサービスの受け手（受給者）の範囲をめぐっては、介護保険制度創設時から様々な議論がなされ、年齢にかかわらず、介護を必要とする状態になった全ての人を制度の対象とすべきという意見等もあったものの、まず高齢者を中心とする現行制度でスタートした上で、「施行後5年を目途として」検討を行い、必要な措置を講ずるとされていたところである。

2005（平成17）年は、ちょうど介護保険制度の「施行後5年」に当たることから、本年に向け、被保険者・受給者の年齢についての検討が重ねられてきたところである。しかしながら、「年齢にかかわらず、介護を必要とする全ての人をサービスの対象とす

べき」といった被保険者・受給者の年齢の引き下げに積極的な意見があった一方、「極めて慎重に対処すべき」といった意見もあったことから、国民的な合意形成に向けさらに議論を深めることとされ、2006（平成18）年度までの2年間を目途に検討を進めることとされている社会保障制度の一体的な見直しと併せて検討を行い、2009（平成21）年度を目途として所要の措置を講ずることとなっている。

### 3 認知症の正しい理解の普及 - 「認知症を知る1年」

現在、要介護者のおよそ2人に1人は、介護や支援を必要とする認知症の高齢者である。急速な高齢化の進展に伴ってますます認知症高齢者は増加していく。今後、我が国の高齢者介護における中心的な課題は認知症対策である。このため、認知症の早期発見・早期対応、認知症高齢者に適したサービスの質の向上、医療との連携、認知症について十分な知識を持つ人材の養成、権利擁護といった各般にわたる施策を総合的に進め、認知症になっても住み慣れた地域の中で安心して暮らし続けられる社会を実現していく必要がある。住民の理解と協力の下に、地域ぐるみで認知症高齢者本人や家族を支える仕組みを作っていくことが求められる。

これに対し、「痴呆」という言葉は侮蔑感を感じさせる表現であることから、認知症高齢者に対して尊厳の気持ちを持ってかわることや認知症高齢者を支える「地域づくり」の妨げとなっていた。また、「痴呆」という表現は、「痴呆になると何もわからなくなってしまう」という誤解の一因となるとともに、「痴呆」への恐怖心や羞恥心を増幅し、早期発見・早期診断等の取組みへの妨げとなっていた。

このため、2004（平成16）年6月に「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」（座長：高久史麿（日本自治医科大学長・日本医学会長））を開催し、「痴呆」の名称変更について検討を開始し、あわせて、関係団体や有識者からのヒアリング、国民からの意見募集を行った。その上で、侮蔑感がなく、また、短く分かりやすい言葉として、新たに「認知症」と呼ぶこととしたものである。

用語の見直しを契機として、2005（平成17）年度から10年間を「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」とし、その初年度である2005年度を「認知症を知る1年」と設定し、多くの国民に「何もできない」「何もわからなくなる」といった認知症に対する誤解・偏見をなくし、認知症について理解してもらうための様々なPR事業を集中的に実施することとしている。

また、この「認知症を知る1年」の事業を推進し、様々な機会をとらえて広報活動を支援するための組織として、「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」（以下「100人会議」という。）を設定することとしている。

「100人会議」では、認知症の方の暮らしを地域住民活動や地域づくりに関する宣言・提言を行うこと、会議の構成員としての立場を生かし、関係者への情報提供・普及啓発を行うこととしており、各界有識者、地方自治体の首長、報道機関、地域生活関連企業・団体、保健・医療・福祉等団体など幅広い分野の方々の「100人会議」への参加を得たいと考えている。

「認知症を知る1年」においては、具体的な事業として

認知症ケアの知識を有するボランティアによる認知症に関する国民的理解を高めるための住民・企業・学校での学習会、

認知症者本人や家族自らによる当事者本位のケアプランを作成する取組み、

認知症になってもだいじょうぶな町づくりの実践例の集約・広報などを展開していくこととしている。