



World Health  
Organization

Centre for Health Development

継続的なケアに関する WKC 政策シリーズ No.4：日本

## 日本の介護保険： サービスの拡大、コストの増加、 新たな形の施設ケアの展開

慶応義塾大学 池上直己 (nikegami1949@gmail.com)

### 状況

日本では 2000 年に介護保険が施行された。65 歳以上の全国民、および、40 歳から 64 歳の加齢性疾患による要介護者を対象に、介護サービスを受給する資格が付与されている。対象者の数と支出は 2000 年から 2020 年の間に 3 倍になった。65 歳以上の人口の 15% がサービスを利用している。

介護保険制度により保健医療と社会福祉の領域が統合された。かつて、1973 年に 70 歳以上の医療費が無償化されてからは、一部の病院は事実上の介護施設となっていた。医療保険の医療費は介護サービスの提供に適していなかったため、当初は過剰な点滴治療や検査につながった。その後、1 日あたり包括支払い制度が導入されてからは、病院はケアの必要度が軽い患者を入院させるようになった。社会的サービスは、地方自治体の福祉事務所による管理が厳しく、低所得者がサービスの対象とされたため、アクセスが限られていた。

**65 歳以上の全国民に介護サービスの受給資格が付与された。**

介護保険によって、サービスへのアクセスとその提供において新たな方法が導入された。現金給付は行われず、医療保険のように、社会保障審議会の介護給付費分科会開催後に厚生労働省が定めた介護報酬に従い、出来高払いでサービスが提供される。給付水準は、7 段階の要介護度の基準に沿って決定される。地域密着型のケアの場合は、給付は 500～3500 米ドルである。受給者は、利用者のニーズや希望に基づいて介護サービス計画をたてる居宅介護支援事業所と契約する。施設ケアでは、居住費を除く費用すべてを賄えるように価格が設定されている。負担割合は 10% であるが、高齢者の一割は収入が平均的な労働者を上回る高所得者であるため 20～30% の負担割合となる。

## 施設ケアはおもに 3つのカテゴリー に分類される。

施設ケアはおもに3つに分類される。第1のカテゴリーに分類される施設のみが、公的に「施設」（介護を専門とする病院、中等度のケアを行う老人保健施設、福祉施設として設立された特別養護老人ホーム）に指定されている。利用料金と職員の配置基準がそれぞれ異なる。病院では医師と看護師の有資格者が曜日を問わず24時間体制で対応にあたる。老人保健施設では医師と看護師の有資格者が対応するのは平日の勤務時間帯のみであり、特別養護老人ホームでは平日の対応はしない。このような違いが利用料金に反映されている。ただし、この3つの施設間の入所において優先順位を決める仕組みはない。居住費は当初、食材料費を除く全額が介護保険で賄われていた。2005年に居住費のうち保険で賄われる範囲が制限されたが、低所得者は公的支援の申請の必要はない。このため、第1カテゴリー、中でも特別養護老人ホームの入居希望者は多く、待機者数は入居者数を上回っている。

第2のカテゴリーには「介護付有料老人ホーム」や、「地域密着型サービス」である「小規模多機能型居宅介護」および泊まりとデイサービスを組み合わせた施設などが含まれる。政府の統計によると、これらは公的な「施設」には区分されないが、実際には施設ケアを提供している。このカテゴリーのベッド数は増加傾向にあり、第1カテゴリーに迫っている。第2カテゴリーの施設は、第1カテゴリーよりも職員の配置基準が高く、居室が広い点において異なる。利用料金はより高額であり、第1カテゴリーの施設とは違い、原則として低所得者に対し減額や免除の措置はない。

第3のカテゴリーの「サービス付き高齢者向け住宅」で求められるのは、バリアフリーの環境整備、および、居住者が契約できるサービスに関する「コンサルティング」の提供のみである。しかし、その約半数は同一または近隣の建物内に在宅ケアサービスの事業所を所有または事業者と密接に連携しているため、居住者（と家族）は施設ケアとみなしている。第3のカテゴリーの増加率は最も高く、現在では施設ケア利用者の10%を占めている。

政府の統計では、第1のカテゴリーのみが「施設ケア」に分類されている。しかし、上述のように定義することで外国との比較が容易になる。新しいタイプの施設が増加していることは、公には「エイジング・イン・プレイス」が目標とみなされるものの、家族の立場に立てば介護の負担軽減が優先されるであろうことを示している。

## 重要な知見

- 日本の介護保険サービスが拡充されたことにより、生活に欠かせない制度であることを国民が認識するに至った。
- 介護保険の対象となる国民の割合は、65 歳以上人口の 15%にまで上昇した。
- 介護保険の支出は 2000 年の 3.7 兆円（340 億米ドル）から 2020 年には 12 兆円（1100 億米ドル）と 3 倍に増大した。この増加率は、医療費の増加率の約 2 倍に相当する。
- 地域密着型サービスと施設型サービスの境界があいまいになってきている。

## 他の状況に役立つ教訓

- **持続可能性を確保する。**日本の 65 歳以上人口の割合の増加は右肩上がりであり、2020 年には既に 29%に達している。2050 年には 37%になることが予想されている。今後はさらに、団塊の世代の高齢化にともない 75 歳以上の人口の割合が増大する見込みである。介護保険の持続可能な財源確保について、制度設計上の検討を入念に行うべきである。
- **受給要件の設定と診療報酬の統制は、モニタリングと評価が求められる重要な要素である。**受給資格の要件がサービスへのアクセスを左右し、介護報酬がサービスの提供方法を左右する。この 2 つが介護制度上の資金の流れを制御している。
- **情報に基づいた選択ができるよう役立つ情報を提供する。**介護サービスと自己負担支払い（通常 10%）に対する利用者の評価は、保健医療に関してよりも地域ケアに対する方が容易に行える。施設ケアでは居住費が多くを占める。
- **公平性をモニタリングする。**同程度のニーズを持つ人が同等の給付を受ける資格を与えられるよう、受給要件については透明性を担保して適用しモニタリングすべきである。

WHO 健康開発総合研究センターは OECD と共同で、「高齢者の継続的なケアにおける価格設定」に関する 9ヶ国の事例研究から得られた主要な研究結果をまとめたレポートを作成した。これらの事例は、さまざまな保健医療制度や高齢者向けの継続的なケアの組織化と資金調達における経験について記している。このレポートは、人口の高齢化において質の高い継続的なケアに投資することの利点を実証する最適事例と政策の教訓を示している。

レポートと事例研究：[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/ja/project-details/pricesetting2](https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/project-details/pricesetting2)