

シンポジウム

## 日本の福祉行政施策からみた高齢者支援

## —介護保険制度と人材不足の課題—

Social policies for aging in Japan: From a social welfare perspective

大和 三重

Mie Ohwa

## 1. はじめに

本シンポジウムでは、福祉行政において高齢者に対してどのような施策がなされてきたかについて述べることにする。我が国の65歳以上の高齢者は、現在23%になっている。50年後、100年後にはいずれも総人口は減るものの、高齢者の割合は40%と変わらず推移するというを先ず確認しておく必要がある。

## 2. 高齢者福祉施策の史的展開

高齢者に対する施策としては、1959年の国民年金法によって老齢年金が創設され、経済的保障が行われた(表1)。1963年には老人福祉法が制定され、はじめて救済施策だけでなく高齢者の福祉に関わる総合的な施策が実施されることになった。とりわけ特別養護老人ホーム(以後、特養)の創設による介護ニーズへの施策がとられたことは大きい。この施策は、高齢者に

関する福祉の根幹であり、ほかの福祉法は戦後すぐにできていたが、これだけは昭和30年代後半までできなかった。すなわち、それだけ高齢者の割合が少なく高齢者問題は、社会問題ではなかったことが伺える。1970年代に入ると、老人医療費無料化を経てオイルショックの後、経済成長の鈍化とともに社会福祉予算は見直され、社会福祉制度改革が始まる。1970年代後半には在宅福祉サービスの3本柱が開始され、1980年代に入って従来の施設福祉から在宅福祉を本格的に目指すことになる。1982年には、高齢者の健康保健事業に関する法律である老人保健法が制定され、老人医療費無料化は廃止となり、予防からリハビリテーションまで保健事業を総合的に実施し、老人福祉の増進が図られた。1988年の「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について(福祉ビジョン)」では、保護の対象とされていた高齢者から社会に貢献できる自立した高齢者を目指すことが強調され、老人保健施設ができた。この施設は、病院から在宅に復帰するまでの間リハビリを中心に行う施設であり、いわゆるリハビリの専門家を配置した施設である。低下した筋力を戻し、自立できるようにしてから、在宅に帰すという目的でつくられた(なお、この老人保健法は、現在は介護保険法の中にすべて移行している)。1989年は「高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)」が策定され、在宅お

表1 高齢者福祉施策の動向

1963	老人福祉法制定(特養の創設)
1973	老人医療費無料化
1982	老人保健法制定
1988	老人保健施設創設
1989	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)
1990	福祉関係八法の改正
1997	介護保険法制定
2000	介護保険法実施、社会福祉基礎構造改革
2005	介護保険法改正
2006	地域包括支援センター創設
2008	後期高齢者医療制度

関西学院大学大学院人間福祉研究科

よび施設サービスの整備目標数値がはじめて提示された。1990年には老人福祉法等福祉関係八法改正が行われ、在宅福祉サービスの積極的推進、特養等の入所決定事務の町村への委譲、老人保健福祉計画策定等が実施され、在宅福祉に法的根拠が与えられた。1994年の「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会にむけて」は、ゴールドプランの見直しを求め、後の介護保険制度創設のきっかけになったと言われている。これを受けて同年に発表された新ゴールドプランは在宅サービスの整備目標を大幅に上方修正し、これより介護保険制度創設にむけて一気に進むことになる。1997年に介護保険法が成立し、1998年には社会福祉基礎構造改革の中間まとめが提出され、サービス利用者と提供者の対等な関係、地域での総合的な支援、多様なサービス供給主体の参入、サービスの質・効率性の向上、情報公開、公平・公正な受益者負担、住民参加による福祉文化の創造が目指され、介護保険制度は2000年4月から施行された。2005年の改正では、地域包括ケアシステムを創設し、地域密着型のサービスを整備して“Aging in Place”(地域居住)の推進を図っている。

### 3. 介護保険法

介護保険法は、前述のように1997年に制定され、2000年4月から施行された。それまでは、特養に入所希望しても入所できるわけではなく、行政が措置権で決定していた。社会福祉基礎構造改革によって措置から自由な利用契約へとパラダイム転換があり、このあたりから我が国の福祉制度が大きく変化してきたといえる。5年後には見直しをするという付帯条件でできた介護保険法は、2005年に改正が行われた。その改正のなかで地域包括支援センターを創設することが決まり、2006年4月から設置されている(このことについては後述する)。そして、2008年には後期高齢者医療制度ができた。後期高齢者医療制度は、見直しをするということであるが、いまのところ不明な状況である。

図1は、介護保険制度の仕組みを示したものである。改正介護保険法は、予防重視が謳われ、システムをどのように構築するかが課題になっている。介護保険は65歳以上の方が全員、第1号被保険者、40～65歳未満の方が第2号被保険者となり、社会保険方式による強制加入の保険制度となっている。財源は、保険制度というものの半分は税金であり、国県市町村がそれぞれ

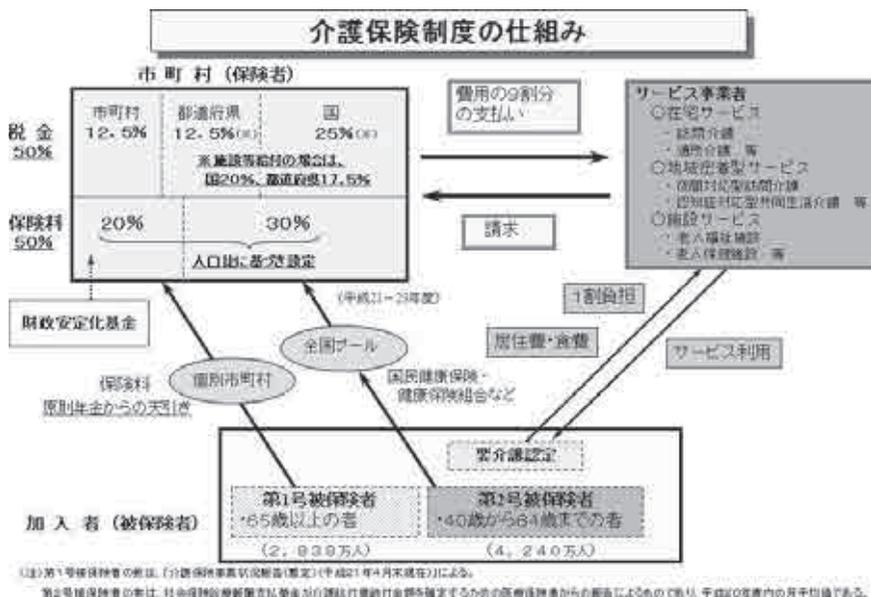


図1 介護保険制度の仕組み (出所：厚生労働省)

負担し、残りは第1号被保険者と第2号被保険者からの保険料でまかなっている。実際に介護保険を使うときは、医療保険のように病気になったので病院でサービスを使いたいといっても使えない。使う時には、必ず認定調査を受けて介護度を決定してもらうことが前提になる。そのときに在宅、地域密着型、あるいは施設といった様々なサービスの中から使うということになり、利用料を1割払う。残りの9割は、財源から払うことになる。ただし、2005年改正で、施設サービス等の部屋代、食費代が実費になった。これは在宅サービスと施設サービス間の負担の格差を是正し、できるだけ在宅で生活することを推進する目的でなされたものである。

#### 4. 予防重視型システムの構築

図2は、厚生労働省が示した予防重視型システムの全体像である。予防重視型は、2005年の改正で導入されたもので、ここに地域包括支援センターの役割が位置づけられている。下段の欄は、左が自立で、右にいくほど重度になっていくことを示している。特定高齢者（現在は二次予防対象者と呼ぶ）は、自立であるが、放っておくと要支援や要介護になるかもしれないこ

とから、予防のためのサービスがある。要支援は1と2があり、この方々も放っておくと要介護になる可能性があることから、予防給付を使うことになる。すなわち、できるだけ重度化を防止していくのが予防重視型システムの考え方である。今私たちが一番注目している地域包括支援センターは、ほぼ中学校区に一つ設置されており、高齢者の日常生活圏域をカバーし、要支援者や自立者だけでなく地域住民が気軽に相談出来る機関を目指している。

#### 5. 要支援・要介護高齢者の増加と介護保険制度の利用状況

我が国は超少子高齢社会を迎え、現在5人に1人が高齢者、9人に1人が75歳以上の後期高齢者である。特に後期高齢者については今後も増加を続け、2017年には前期高齢者数を上回ると予想されている。年齢別の要介護認定状況を見ると、高齢になるにつれて要介護認定者数は増加し、介護度も重度化する傾向がみられる。したがって、要支援・要介護高齢者は今後さらに増加し、これらの人々を支える仕組みとしての介護保険制度の充実が一層望まれている。

介護保険の認定を受けている高齢者は、2010

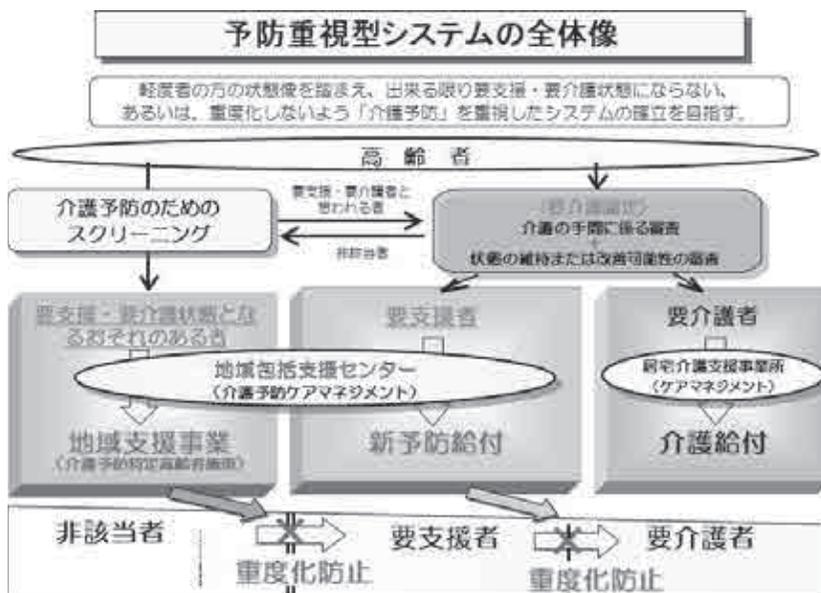


図2 予防重視型システムの全体像（出所：厚生労働省）

年現在で第1号被保険者は2900万人である。なかでも要支援1、要支援2、要介護1から5のうち、要介護5の一番重度の認定者が486万人で、約2割（16%）となっている。また、要支援1および2は、認定者のうち4分の1すなわち120万人で、この段階で介護度の上昇を防ぐことができれば高齢者自身にとっても望ましいだけでなく、制度的にも必要な財源の抑制に繋がることを意味している。

実際に介護保険の要介護認定を受ければ、居宅（在宅）サービス、地域密着型サービス、施設サービスの3種類のいずれかを利用することができる（ただし、施設サービスの場合は要支援は利用できない）。在宅サービスの利用は第1号被保険者だけで292万人となっている。地域密着型サービスは2005年の改正で新しく出来たものであり、基本的には在宅で受けられる。概ね認知症の高齢者のことを念頭において生活圏域の中でサービスを使えるようにデザインされている。なかでも小規模多機能型居宅介護は、要介護高齢者が日中はデイサービスとして通い、必要な時には宿泊することもできる。またヘルパーも同じところから来ることになり、馴染みの関係を保ちながら多機能のサービスが受けられることになる。介護保険制度は、高齢者が長く在宅で暮らすことを目的としており、地域密着型サービスについては現在26万人が利用している。

次に施設サービスについて、まず特養は介護保険法では介護老人福祉施設という名前になる。同施設は、福祉的ないわゆる生活施設である。介護老人保健施設は、リハビリをして在宅に復帰することが目標となっている。なお、介護療養型医療施設は病院であり、厚生労働省は廃止する方向で動いているがうまく転換できていないのが現状といえる。これらの施設サービスで合わせて83万人程度が利用しており、いわゆる生活施設としての特養では、高齢者が最期まで生活する場合が多く、現在は約43万人が入所している。

表2 2005年見直しの基本的視点（出所：厚生労働省）

- ・ 制度の「持続可能性」→給付の効率化・重点化
  - ・ 保険者＝市町村権限の強化
  - ・ サービスの適正化
- ・ 「明るく活力ある超高齢社会」の構築→予防重視型システムへの転換
  - ・ 介護予防システムの確立
  - ・ 軽度者の給付の見直し
- ・ 社会保障の総合化→効率的かつ効果的な社会保障制度体系へ
  - ・ 年金との給付調整
- ・ 入所者の費用負担の見直し
  - ・ 医療との連携・調整
- ・ 包括的マネジメント体制の確立
  - ・ 施設や居住系サービスにおける機能分担
  - ・ 予防重視型システムへの転換

## 6. 2005年介護保険の見直しの基本的視点

次に、2005年に行われた改正の基本的視点について紹介する（表2）。現在は制度の持続可能性が一番重要な課題となっている。前述のように高齢者の増加に伴い、人口は減少するが高齢者の割合は変わらず4割を維持することが予想されているため、財源不足が一番の問題であり、いかに制度自体を維持するかが課題になってくる。そのため給付を効率的、あるいは重点的に行う必要があるというのが基本的視点である。したがって保険者である市町村に権限を与え、サービスの適正化と効率化を図ることが重要である。明るく活力ある超高齢社会の構築は、高齢者が元気で長く暮らしていける社会を造る、という意味で悪くなる前に筋力の維持や栄養指導など種々の予防重視のサービスを利用し、介護予防システムを確立していく必要があることを示している。また、軽度者への給付の見直しについては、2000年に介護保険制度が始まってから、5年後には要支援者の介護度の上昇が著しいとの調査報告がなされた。その要因として、要支援者が自分でできるのにもかかわらず、家事や買い物の依頼など介護サービスを利用して、自立をかえって阻害してしまったという指摘がある。すなわち、軽度者に対するサービスの適正化ということも含まれている。

また、新しい言葉であるが、包括的マネジメント体制というのがある。これは、施設や居住系サービスが役割分担をしていくことが基本的な視点である。また、予防重視型のシステムという重要なものがある。例えば在宅でのケアが

難しく、施設に入所したいと希望する人が多くても、すべての人が施設に入所することは不可能であり、制度そのものの維持が難しくなる。施設だけが選択肢になるのではなく、サービスを利用しながら在宅で暮らし続けることが可能になるように地域包括ケアシステムが創設された。前述の小規模多機能型居宅介護のように在宅で暮らしながらデイサービスに通い、スタッフがヘルパーとして訪問し、時には宿泊するという地域密着型のサービスを作ることで、在宅でできるだけ長く暮らすことを支援する。

英語でAging in place、地域居住というのは、日本に限らず最期までできるだけ自宅で暮らしたいと考える人が多いことを指している。その思いをかなえる意味でも地域居住の推進を目標とし、そのことによって財源もセーブすることをも含んでいる。しかしながら、85歳を過ぎると認知症の発症率は4人に1人であり、認知症が進行すると在宅で生活するのは難しくなり、施設ニーズは増えていくことになる。実際に、現在特養に入所している43万人と同数の待機者がいる状況にあり、施設ニーズを否定することは

できない。ただ、施設サービスの費用が介護保険全般の財政を圧迫しているという事実を踏まえると、さらに介護保険制度の見直しが必要になると思われる。

図3は、厚生労働省による地域包括支援センターと地域包括ケア（イメージ）を示したものである。例えば、図の中央部3人の職種のうち、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）は、ケアマネジャーとして5年の経験を経た後に主任介護支援専門員となり、地域包括支援センターで働くことができる。また、保健師と社会福祉士も各一人が地域包括支援センターに必置になる。この3人は、それぞれの専門性を生かして関係機関と連携し、地域の高齢者や家族を支援する役割を果たす。例えば、社会福祉士は高齢者の総合相談、家族介護者の相談、虐待などに対応する。保健師は予防を中心に、要支援1および2の方のプランをたてる。主任介護支援専門員は、地域のケアマネジャーの支援や多職種連携を図る。このように、地域包括支援センターは、それぞれの専門職が協働して地域の拠点として高齢者や家族の支援をすることにな

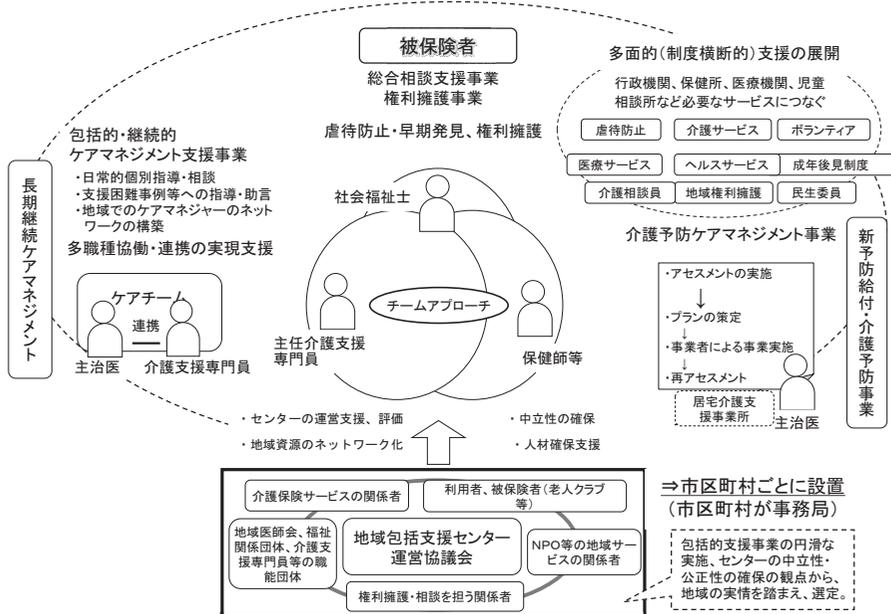


図3 地域包括支援センターと地域包括ケア（イメージ）（出所：厚生労働省）

る。

介護保険制度は3年ごとに新しく計画が策定され、2012年4月からは第5期が始まる。第5期からの介護保険制度について、その概略を紹介する。本計画では医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく有機的かつ一体的に提供する地域包括ケアシステムの実現を目指している。特に、医療と介護の連携を強化、高齢者の住まいの整備、施設サービスの充実、認知症の対策、保険者が果たすべき役割の強化などがある。そして後述する介護人材の確保がある。また、介護保険料の抑制も目指している。すでに介護報酬は1.2%引き上げることが決まっているため、保険料はサービスの使用・不使用にかかわらず全国平均で4100円から5200円に値上がりすることが予想されている。在宅サービスでは、24時間定期的に巡回し、必要に応じて随時対応できるヘルパー、あるいは訪問看護師を導入して、施設ではなく在宅でケアを行う新しいサービスが創設される。

複合型サービスとは、今まで介護は介護、看護は看護と別れていたが、介護と看護がセットで提供できるようになる。従来の小規模多機能型居宅介護では、看護の視点はなかったがそこに医療を入れていこうというのが新しい考え方である。そして自立支援型サービスの強化、重点という意味では、訪問介護や訪問リハビリも行って予防し、重度化を防ごうというものである。機能訓練では、デイサービス（通所介護）はデイケアのようなりハビリを行っていなかったが、デイサービスの利用者が多いこともあり、いわゆる機能訓練を取り入れていくことになる。

また、医療と介護の連携では、高齢者は複数の罹患があり、かつ重度の医療的ニーズの増加に伴い、福祉サービスだけでは対応できない場合が増えてきた。そこで、介護職にも一定の研修をして、痰の吸引や胃瘻のケアも可能になるようにしようとしている。介護職に高度なスキルが求められ、サービスの質をどのように担保できるのか問われる時代がきていると言える。

## 7. 介護人材の不足

増え続ける要支援・要介護高齢者のニーズに応えるためには介護労働に従事する人材の確保が重要な課題となっている。2000年に約55万人であった介護労働者は2007年に約124万人と2倍以上に増加しているが、今後10年間で年間平均4.0から5.5万人程度増加し、2014年には156万人を超える予想されている。しかし、現実には2005年頃から介護人材不足、高離職率など深刻な社会問題となっている。介護労働は「きつい、汚い、危険な」3Kの仕事として敬遠される傾向にあり、介護労働の現場では就職して3年未満で7割が離職すると言われている（介護労働安定センター2008）。2009年度の介護報酬改定では、制度発足以来はじめて3%のプラス改定を行い、介護従事者の人材確保・処遇改善への取り組みがなされた。また、それだけでは不十分として政府は介護職員処遇改善交付金を設立して賃金の改善を中心とした介護職員の処遇改善の対策を講じた。しかしながら、介護報酬のプラス改定は必ずしも労働者の賃金アップに寄与しておらず、介護職員処遇改善交付金は3年間の時限措置であることなどから、今後賃金面を中心として介護職員の処遇が大幅に改善するとは考えにくい状況である。高齢者が尊厳をもって最後まで出来る限り自立した生活を送ることを支援するために創設されたのが介護保険制度であり、それは質の高いサービスを提供することによってはじめて可能となる。毎年5人に1人が職場を去り、4人に1人が新規採用されるといった頻繁にケアスタッフが入れ替わる職場では、質の高いサービスを提供することは難しい。介護労働に従事する人材の安定的な確保や定着促進は介護現場におけるケアの質を確保するだけでなく、広く高齢者福祉を支える人材とサービスの質を担保するという意味でも重要と考えられる。

## 8. まとめ

高齢者に対していろいろなサービスや法的施策が必要であるが、多くの高齢者にとって一番身近な制度が介護保険である。恒久的に健康的

な生活を過ごすことは万人の希望であるが、高齢になった場合の不安といえば、介護が必要となったとき誰にどこで介護してもらうのか、どれほどの費用がかかるのかといった不安であろう。重度になってからの対応は介護保険制度の整備がさらに必要であるが、重度になってからではなく、元気なとき、自立しているときからなるべく重度にならないように、どんなことをすれば防止できるかを国も真剣に考え始めている。できるだけ自立した元気な状態を維持するためには、何が必要なのか、そのための施策にはさらに様々な発想や工夫が必要と思われる。

## 文献

1. 介護労働安定センター（2008）『平成20年版 介護労働の現状』介護労働安定センター。

プロフィール 大和三重（Ohwa Mie）

現在：関西学院大学大学院人間福祉研究科教授  
ノースカロライナ大学大学院修了、M.S.W,  
M.S.R.A

資格：社会福祉士