

日本の社会保障制度 介護保険制度について考える

— 介護保険って何? —

ポリテクセンター和歌山 ビジネスワーク科
(和歌山職業能力開発促進センター)

福田 隆昭

1. はじめに

高齢化社会の到来が、どちらかといえばクライシスの扱いをされ日本中の関心を集めるようになって久しい。その一方で、高齢化社会における社会福祉政策として介護保険制度が2000年4月にスタートし今年で3年目を迎えた。この制度が誕生した背景には、世界的にも例をみない速さで進行した高齢化、そして少子化・核家族化による家族の役割分担の変化、さらには家族介護の限界等がある。

厚生白書によると日本の高齢化のスピードは、他の先進諸外国、特に高齢化傾向にある国々と比較して非常に速い。例えば、日本の人口は戦後、半世紀の間に1.5倍に膨れ上がった。しかし高齢化は、人口増加をはるかにしのぐ速さである。高齢化率（65歳以上の人口が全人口に占める割合）についてみると1970年（昭和45年）の7%から1994年（平成6年）の14.1%へと達するのに24年、四半世紀を要したにすぎない。

介護保険制度は、こうした日本の高齢化に対する処方箋として国民の期待をうけて発足した。日本の将来において、このしくみが救世主となり得るかどうかは私たちにかかっている。もちろんこの制度を見守りそして育てていくことは、私たちの役割でもある。しかしながら私たちはこの制度についてあまりにも無関心でありはしないか。納税者として社会保険料負担者として、また高齢者を家族に持つ者として少しでも関心をもちたい、そんな思いから介護

保険制度についてまとめてみる。

2. 介護保険制度は、どうしてつくられたのか

2.1 日本の人口と高齢化

図表1は日本の人口と高齢化率を示したものである。老年人口は確実に増加している。さらに日本人の平均年齢についてみると、1970年（31歳）、1997年には40歳を超え、2020年（46歳）、2036年には51.3歳になるという恐るべき予測がある¹⁾。働き盛りを過ぎ、気がついたときには両親は年老いて子どもに対する負担は増えるばかり。体力的にも衰えを感じる世代に。日本の活力は、いま高齢化という重荷を背負ってずいぶんと弱くなっている。5人に1人が高齢者ともなれば全体的な体力・活力が低下してきても不思議はない。さらに少子化が高齢化に拍車をかけ年齢構成比率は、15歳未満より65歳以上のほうが高いという逆転現象さえ生じている。着実にしかも確実に成長社会から成熟社会へ、そして超高齢化社会への移行が進んでいる。これにより、医療保険制度に限界が生じてきていたことはいうまでもなく、国民に対する社会福祉サービスを維持するためには、これらの状況変化に対応した新しい仕組みづくりが必要不可欠である。

図表1 総人口と老年人口割合

年次	総人口	老年人口割合
1980年	117,060千人	9.1%
1990年	123,611千人	12.1%
2000年	126,892千人	17.2%

2.2 現状認識から新しいしくみづくりへ²⁾

介護保険法が制定される背景には、次の5項目を上げることができる。

- ・急速な高齢化
- ・少子化
- ・核家族化
- ・医療保険制度の限界
- ・低成長時代

(1) 急速な高齢化

65歳以上を高齢者と呼んでおり、国連では、65歳以上の高齢者の割合が人口の7%を超える社会を高齢化の進んだ社会としている。日本においては、高齢化率が1994年（平成6年）には14.1%に達した。およそ1,760万人である。世界的にみても異例の速さで高齢化が進行している。『日本の将来推計人口（1997年1月推計）』³⁾によると2002年の高齢化率予測は、18.3%。人口にするとおよそ2,300万人となっている。

(2) 少子化の動向

女性の意識変革や社会進出などにより合計特殊出生率（1人の女性が生涯の間に産む子どもの数）は、人口を維持するのに必要な2.08をはるかに下回り、1995年（平成7年）には1.42、そして1999年には1.34となっている。2002年には1.33人以下といわれ長寿化と少子化の相乗効果が高齢化にさらに拍車をかけることとなる。

(3) 大家族制から小家族制へ

日本では、2世代・3世代といった大家族制による世帯が一般的であった。大家族制では高齢者は子育てを、そして若い世代は高齢者の介護をという役割分担があった。現在、大家族制は完全に崩れてしまった。価値観の多様化により核家族化の進行は著しい。核家族世帯とは、夫婦のみ・夫婦と子ども・男親と子ども・女親と子どもの世帯のことをいう。『国勢調査報告』によると、そのなかでもとりわけ夫婦のみ・女親と子どもの世帯が目だって増加しているという調査結果があり、大家族制は完全に過去のものとなっている。

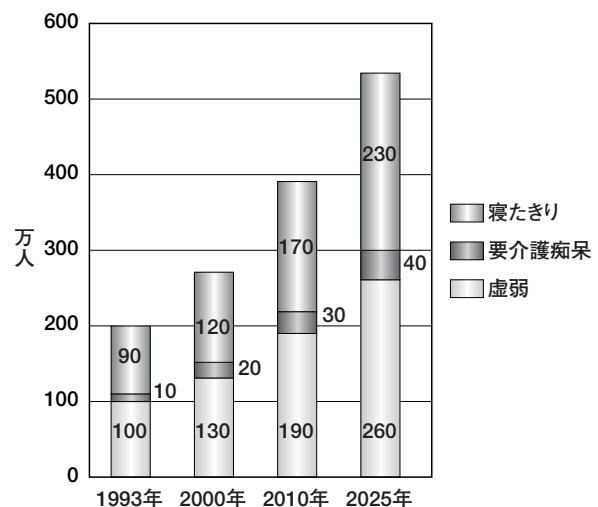
(4) 医療費の増加

日本の高齢化の原因は、長寿化と少子化によるものである。しかも長寿化によって高齢者に対する医療費の増加は、深刻である。厚生白書によると高齢化のピークは2020年頃であり、その時点における65歳以上の高齢者の割合は25.5%、75歳以上の後期高齢者割合は12.2%に達するとしている。さらに、虚弱、要介護、痴呆、寝たきりの高齢者数は図表2に示すように2010年には400万人にのぼるものと推計される。このように介護を必要とする高齢者の増加と同時に、医療技術の進歩による介護期間の長期化が、介護に要する人手と費用を著しく増加させていくこととなる。しかも核家族化の進行によって、同一世帯の家族による寝たきりや痴呆の高齢者介護がきわめて困難な状況にある。寝たきりや痴呆の高齢者介護を家族に依存していた日本型福祉が破綻している今日、公的介護の必要性が強く求められている。

日本型福祉がすでに破綻していること、介護を必要とする高齢者に対する受皿（介護施設等）が不足していること、さらには在宅介護に対する支援体制が不十分であるという現実には「社会的入院」を増加させることとなり、このことが医療保険の財政を圧迫する一因になっているということも事実である。

(5) 経済成長と社会保障

長寿化と少子化によって、日本では高齢化が進ん



図表2 寝たきり・痴呆・虚弱高齢者の将来推計

できた。しかも高齢化は日本経済にマイナスの影響を多大に与えているのではないかとされている。例えば、日本の社会保障給付費の総額は、1980年度24.8兆円、1990年度47.2兆円、1999年度にいたっては約75兆円といわれている。

このように社会保障給付費は、急激に増加し将来的にも増えつづけることが予測される。社会保障給付費の増大は高齢化の結果であり、社会保障給付費の増大を伴った高齢化は、経済成長の低下を引き起こしている。社会保障費の拡大は、経済成長にとって明らかにマイナス要因なのである。しかも経済成長の低下は、超高齢化社会ゆえに、超高齢化社会だからこそ起こり得る現実でもある。

低成長経済のもとでは社会保障給付費の財源としての保険料収入（被保険者拠出、事業主拠出）、税収入、共に落ち込んでいる。その結果として、支出をまかなうための収入を確保するには国民の負担率を引き上げることが求められる。しかし介護のための費用を医療保険制度から拠出することの限界は、明らかであり、あえて医療保険制度から拠出することは医療保険制度そのものの崩壊を招きかねない。そのため財源確保としての新たなシステムづくりが必要であった。ここで登場してくるのが介護保険制度というわけである。

3. 社会保障制度

介護保険制度を考えるうえで、高齢者をめぐる社会保障制度の概要および歴史等についても触れておく必要がある。私たちは安心して健やかな生活を送ることをだれしも望んでいる。しかし、個人ですべての状況、出来事に対して対応することは難しい。そこで国家は個人では対応できない事柄について社会保障サービスを提供することになるわけであるが、ここで注意すべきことは、このサービスが社会的セーフティネット（所得再分配、リスク分散、社会の安定）および経済の安定・成長として重要な役割を担っているという点である。

図表3 日本の社会保障制度区分

原理	内 容
社会保険原理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共通のリスクに対して保険集団を構成し、保険料を拠出する。保険料収入を財源としてリスクが発生したときには損害を保証する制度。 ・ 強制加入。 ・ 拠出と給付が対応しており、財源が独立している。 ・ 公的年金、医療保険、介護保険、雇用保険、労災保険。
扶養原理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国家、社会的目的のため労働や犠牲を支払ったものに対して、国から行われる給付。 ・ 恩給、戦争犠牲者援護給付等。
公的扶助原理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国が定めた最低生活水準を満たさないものに対して一般財源から給付。 ・ 生活保護制度。
社会手当・サービス原理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前の負担・拠出を前提とせず、一定の社会的な状態になった場合に行われる現金給付、サービス給付。 ・ 児童手当。

3.1 社会保障制度における介護保険の位置づけ⁴⁾

日本の社会保障制度は、社会保険原理、扶養原理、公的扶助原理、社会手当・サービス原理の4つに区分することができる。介護保険は、図表3に示すとおり社会保険原理としてとらえることができる。

3.2 高齢者をめぐる社会保障制度の歴史と介護保険

介護保険が成立する以前における高齢者福祉は、老人保健・医療、老人福祉で構成されており財源、利用方法、負担など複雑な面が多々ある。しかし介護保険法の成立によって財源の統合と利用方法が明確化された。ここでは介護保険法に至るまでの主だった社会保障制度についてふれておきたい。

(1) 老人福祉法の制定

1963年（昭和38年）に老人福祉法が成立する。この法律の第1章 総則 第1条（目的）には、次のようなことが記されている。

「第1条 この法律は、老人福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする。」

この法律によって初めて老人という言葉が使われているが、これは「老人福祉法が成立する以前は、生活保護法によって養老施設への収容保護が一部の低所得者に限定され行われており、老人福祉法の成立により生活保護法に位置づけられてきた養老施設が養護老人ホームというかたちで引き継がれた。」という大転換があり高齢者福祉にとっては、大きな前進である。

(2) 老人医療費の無料化

高齢者に対する医療保障は医療保険制度が中心であった。しかし高齢者に対して適切な医療が確保されない傾向があったため、1973年（昭和48年）老人医療費支給制度が創設され、一定所得水準以下の70歳以上の高齢者を対象に医療費が無料となる。

(3) 老人保健法の制定

老人保健法では、老人医療費無料化の見直しが行われた。老人医療費の無料化によって「病院のサロン化」など過剰受診等を引き起こし老人医療費の急増を招き、このことが国民健康保険制度を始めとする医療保険制度の大きな財政負担となる。そこで、壮年期（40歳）からの健康づくりと、老人医療費の公平な負担を図ることを目的として、1982年（昭和57年）に老人保険制度が創設された。この制度によって老人加入割合が高い国民健康保険の財政負担は大幅に緩和されることとなる。

社会保障の新たな展開

(4) ゴールドプラン・新ゴールドプランの策定と福祉八法改正

本格的な高齢化社会の到来を見据えて、高齢者の保健福祉サービス拡充として1989年（平成元年）に「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）」が策定される。これによって在宅福祉サービスや施設サービスの具体的な目標値を設定し、1999年（平成11年）までの10年間に計画的整備が進められ

ていくこととなる。

さらに1991年（平成3年）には、老人福祉法等福祉関係八法の改正が行われ、市町村を中心とした福祉行政の展開や、地方行政における計画的な老人保健福祉の基盤整備の推進が図られていくこととなる。また1994年（平成6年）に目標値の引き上げ等の計画の見直しが行われ、「新ゴールドプラン」が策定される。

(5) 介護保険の導入

介護保険制度は2000年（平成12年）にスタートした。この制度は、超高齢化社会に向け、ゴールドプランおよび新ゴールドプランにより進められてきた現行の高齢者保健福祉在宅サービスを基盤とし、主に高齢者の介護を「社会保険化」しようとしたものである。

地方公共団体は、要介護者の実態を把握し、将来の介護サービスの推計を行い、介護保険事業計画を作成することになっている。すでに2000年度から2004年度までの5年間の計画が全国の地方公共団体において作成されている。

4. 介護保険制度について^{5) 6)}

4.1 介護保険制度は、いつできたの？

介護保険制度は、2000年（平成12年）4月1日からスタートしている。もっともこの制度ができてきたまでには6年という時間が費やされた。1994年（平成6年）4月より高齢者介護対策本部が厚生省内に設置され新しい高齢者介護システムが検討されている。その結果、1997年（平成9年）12月17日に「介護保険関連3法」が公布、2000年（平成12年）4月1日に介護保険法施行、介護保険制度が誕生したのである。

4.2 介護保険は、社会保険ですか？

介護保険は、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く5番目の社会保険制度である。また、社会保険とは経済的基礎の弱い国民に生じた疾病・失

業・災害について必要な給付を行うという社会政策的
目的を達成するため、法律によって保険加入が義務
付けられている強制保険である。

4.3 保険者ってなに？ 保険者は、国なの？

保険者とは、介護保険を運営する主体のことである。
介護保険の保険者は、国ではなく市町村および特別区
(東京23区)である。そして保険者は次のような業務
を行わなければならないとしている。

(1) 被保険者の資格管理

被保険者の要件は住所と年齢である。住民基本台帳
と外国人登録原票により被保険者資格の取得と喪失を
管理している。ただし、第2号被保険者にあつては、
医療保険の被保険者であることが必要である。

(2) 保険料の賦課と徴収

条例に基づいて第1号被保険者に保険料を賦課し、
徴収する。保険料の徴収には、特別徴収と普通徴収の
2つがある。

- ・特別徴収：一定額以上の老齢・退職年金を受けて
いる所得者に対して、年金の支給時に天引き徴収。
- ・普通徴収：特別徴収に該当しないもの。

第2号被保険者に係る保険料は、各医療保険者が
それぞれ医療保険各法の規定に基づき、賦課・徴収
している。これは社会保険診療報酬支払基金より市町
村へ交付される。

(3) 介護認定審査会の設置と要介護・要支援認定

要介護・要支援の審査判定のために、介護認定審
査会を設置している。

(4) 保険給付

介護認定審査会の審査判定を経て市町村長が要介
護・要支援と認定した被保険者に対して、市町村は
保険給付を行う。

(5) 介護保険事業計画の策定と条例の制定

市町村は、保険給付の円滑な実施のため、厚生労
働大臣が定める基本指針に則して、市町村保険事業
計画を定めている。

4.4 被保険者ってなに？

保険制度の目的である保険事故が発生した場合に、
給付を受ける者をいう。保険事故とは、「要介護状態」
「要介護状態となるおそれがある状態：要支援状態」
のことをいう。

被保険者には、「被保険者証」が交付される。また、
被保険者は、図表4のように区分されている。

図表4 被保険者区分

第1号被保険者	市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者
第2号被保険者	市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者

4.5 受給者とはだれ？

介護保険制度におけるサービスを利用している者
を受給者という。受給者となるためには被保険者の意
思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定す
ること。すなわち、「要介護」または「要支援」の認
定を受ける必要がある。要介護認定を受けた者を
「要介護者」、要支援認定を受けた者を「要支援者」
といい、介護保険の受給者となる。

「要介護者」、「要支援者」については、図表5に
示す。

4.6 給付を行うための財源は？

保険料は、どのような仕組みで徴収しているの？

介護保険の財源は、給付額(費用)を予測して利用
者負担、保険料(第1号被保険者保険料・第2号
被保険者保険料)、公費(市町村負担、都道府県負担、
国費(調整交付金を含む))を見積もることにより決
定される。

財源構成は、介護給付費のうち50%を公費負担
(国費=25%、市町村=12.5%、都道府県=12.5%)
としている。残り50%については第1号被保険者と
第2号被保険者の保険料で負担している。

50%の負担割合は、第1号被保険者17%、第2号

図表 5

要介護者（次のいずれかに該当する者）	要支援者（次のいずれかに該当する者）
<p>ア 要介護状態にある65歳以上の者（第1号被保険者）</p> <p>イ 要介護状態にある40歳以上65歳未満の者（第2号被保険者）であって、その要介護状態の原因である身体上または精神上的の障害が、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの「特定疾病」によって生じたものであること。</p>	<p>ア 要介護状態となるおそれがある状態にある65歳以上の者（第1号被保険者）</p> <p>イ 要介護状態となるおそれがある状態にある40歳以上65歳未満の者（第2号被保険者）であって、その要介護状態となるおそれがある状態の原因である身体上または精神上的の障害が、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの「特定疾病」によって生じたものであること。</p>

特定疾病：初老期の痴呆，脳血管疾患，筋萎縮性側索硬化症，パーキンソン病，脊髄小脳変性症，シャイ・ドレーガー症候群，糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害，閉塞性動脈硬化症，慢性閉塞性肺疾患，両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症，慢性関節リウマチ，後縦靭帯骨化症，脊柱管狭窄症，骨粗鬆症による骨折，早老症（ウエルナー症候群）

被保険者33%となっている。これは介護保険制度が実施された平成12年度，第1号被保険者と第2号被保険者の比率がおよそ1：2であるとの推計により平成12年度から平成14年度までにおける3年間の負担割合を決定したのである。さらにこの財源構成は，高齢化の割合にかかわらず全国どの市町村とも同じ割合としている。なお，介護給付費の中には利用者が負担すべき1割負担は含まれていない。

4.7 保険料は？

保険料の仕組みは，少し複雑である。第1号被保険者の保険料は，政令で定める保険料率の設定の基準に沿って，中期財政運営期間（3年）ごとに市町村が条例で設定する。保険料は，介護サービスの水準が高いほど高く，低いほど低くなる。第2号被保険者の保険料は，医療保険者が医療保険料として一括徴収し社会保険診療報酬支払基金に納付，支払基金を通じて各市町村に定率交付その後精算される。

実際どういう仕組みで保険料が算出されるか例を示して考えてみる。

日本には，A町とB市の2つの自治体があるとする。A町とB市の状況は図表6のとおりである。

ここでA町とB市について第1号被保険者と第2号被保険者の保険料（徴収額）および給付額（費用）を図表7にまとめてみた。

第1号被保険者，第2号被保険者ともに給付額（費用）はその地方公共団体（市町村）で必要とされる給付額（A町＝4,500円，B市＝13,500円）の17%，33%で計算し，交付する。しかし保険料は，第1号被保険者と第2号被保険者とでは計算方法が少し異なる。第1号被保険者については，それぞれの市町村で必要とされる給付額（費用）（A町＝4,500円，B市＝13,500円）の17%を保険料として徴収するが，第2号被保険者については総額（日本全体で必要とされる給付額）18,000円の33%を全員で負担するこ

図表 6

	A町	B市
保険財源（費用）	5,000円	15,000円
第1号被保険者数	5人	15人
第2号被保険者数	5人	35人
受給者数	5人	15人

図表 7

		A町	B市
第1号被保険者	保険料	765円	2,295円
	給付額	765円	2,295円
第2号被保険者	保険料	742円	5,198円
	給付額	1,485円	4,455円
公費負担分		2,250円	6,750円
利用料（1割負担）		500円	1,500円
保険財源（費用）		5,000円	15,000円

となる。

A町の場合（高齢化率50%）

第1号被保険者給付額 153円×5人 = 765円

第2号被保険者給付額 4,500円×33% = 1,485円

公費負担分 2,350円

利用料（1割負担） 500円

A町の介護保険財源計 5,000円

4.8 保険給付の種類って？

介護保険制度における保険給付は、介護給付、予防給付および市町村特別給付の3種類であり介護給付、予防給付についてはさらにいくつかの保険給付に細分化されている。

(1) 介護給付

介護給付は、要介護者に対して行われる保険給付であり、次の9種類となっている。

・居宅介護サービス費

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・福祉用具貸与・居宅療養管理指導・短期入所生活介護・短期入所療養介護・痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護

・特例居宅介護サービス費

・居宅介護福祉用具購入費

・居宅介護住宅改修費

・居宅介護サービス計画費

・特例居宅介護サービス計画費

・施設介護サービス費

・特例施設介護サービス費

・高額介護サービス費

(2) 予防給付

予防給付は、要支援者に対して行われる保険給付であり、次の7種類となっている。

・居宅支援サービス費

・特例居宅介護サービス費

・居宅支援福祉用具購入費

・居宅支援住宅改修費

・居宅支援サービス計画書

・特例居宅支援サービス計画書

・高額居宅支援サービス費

5. おわりに

「介護保険制度について」は、一部を取り上げて概略を説明するにとどめた。そのため説明不足等多々あるかと思われるが、これを機会に関心を持っていただければ幸いである。

最近、厚生労働省が発表した2001年介護サービス施設・事業所調査によると特別養護老人ホーム（特養）は4,651施設、入所者は2001年9月時点で309,740人。入所者の過半数が85歳以上で、90歳以上は4人に1人。さらに9月中に退所した人は、2,773人で死亡退所が65.5%、家庭に帰ったのは実に1.6%という結果がある。介護に関するこの数字を私たちはどのように受けとめるべきであろうか。

施設介護の状況のみならず介護保険に関しての指摘はいろいろとあるが、「遠くない将来、介護という現実が突然やってくる」ことは確かである。自分自身のこととして、さらに知識を深めていきたいと考えている。

<参考文献>

- 1) 『介護保険法の解説』、一橋出版、p11-13、1999.
- 2) 駒村康平：『福祉の総合政策』、創成社、p10、2001.
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所.
- 4) 『厚生白書』、2000.
- 5) 『介護保険の手引』、ぎょうせい、p16、2001.
- 6) 『介護保険ハンドブック』、法研、2001.