

総説

介護保険制度の概要と実際

松井英男¹

はじめに

介護保険制度が始まってからすでに 20 年以上が経過しましたが、後期高齢者(75 歳以上の高齢者)の増加にともない、日本でも介護費用の増加が問題になっています。厚生労働省老健局の資料¹⁾によれば、開始当時の総費用に比べて総額はすでに年間 10 兆円を超える規模になり、当初の 3 倍近くに膨れ上がっています (図 1)。

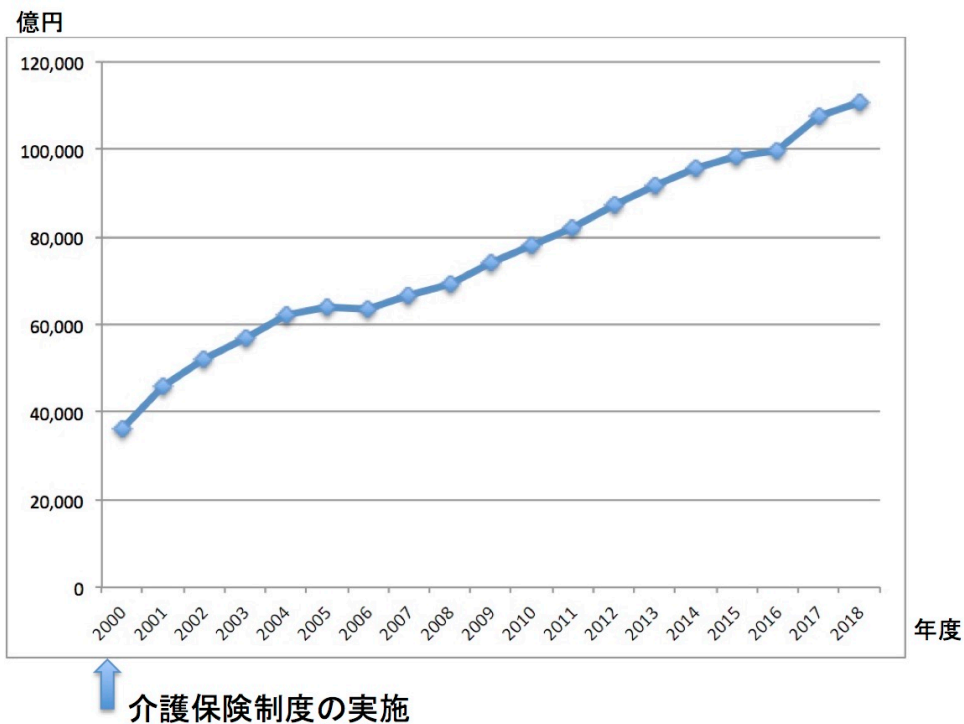


図 1 介護総費用の推移

1 介護保険の歴史的背景

日本の介護保険の歴史は、福祉と医療の融合から生まれました。日本では、古くからの家族制度により、とくに高齢者の介護に関しては家長の責任とされていたため公的

¹ 医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア 川崎高津診療所 理事長

負担制度はなかったのです。1963年の老人福祉法の制定により、貧困者（収入や資産、住まいなどがない）に限定されていた福祉政策が高齢者一般に広がるようになり、これまで低所得者むけであった「養護老人ホーム」が所得と関係なく入所できる「特別養護老人ホーム」へと変化し、「家庭奉仕員」もヘルパーとして整備されました。しかし、依然として自治体の福祉事務所が窓口となり、サービス提供も首長による「措置」という形態をとっていました。財源も一般会計予算しかなかったため需要を満たすことはできず、1973年の老人医療の無料化によって利用者が爆発的に増加した結果、その一端を「医療」が担うことになりました。そのため、「老人保健施設」が創設され、入院医療による管理料も認められ、1992年には「療養型病床群」が整備されました。また、この時の「医療法」の改正により、在宅医療や（それまでは医療は診療所や病院でしかできなかった）、訪問看護なども認められるようになったのです。

2 介護保険導入の経緯

高齢者の慢性疾患の管理では、医療のみならず日常生活の介助も必要になってきます。こういった高齢者の増加や介護期間の長期化、また核家族化の進行や介護者の高齢化などによって、医療と介護の一体改革が必要になりました。そこで2000年に介護保険が導入されたわけですが、このときの三つの柱として、1) 自立支援、2) 利用者本位のサービス、3) 社会保険方式をとる、ということが挙げられました。自立支援では、高齢者の身の回りの世話のみならず自立を支援する理念が強調されました。この点は、ドイツなどの家族の支援とは対照的な考えです。2) では、介護サービスの利用計画に沿って、利用者の選択により多様な供給者（民間企業を含む）からサービスが受けられるようになり（この点、医療は医師の判断で決まる一方向性です）。また、給付限度額を超えた場合は自費による支払いが可能です（医療保険は混合診療が原則禁止）。3) では、社会保険形式をとることで、給付と負担の関係が明白になり、当初は所得に関わらず一律1割の利用者負担となりました（現在は、所得に応じて2~3割）。

3 介護保険における施設と居宅の違い

介護保険の導入により、「施設」と「居宅」の区分がなされました。介護保険における「施設」とは、福祉より移管した「特別養護老人ホーム」と医療より移管した「介護療養型医療施設」（ただし、これは2023年までには廃止予定で、それに代わるものとして「介護医療院」がある）、「介護老人保健施設」「介護医療院」の四つだけです。また、「居宅」に相当するものとしては、福祉からは短期入所、通所介護、訪問介護、福祉器具の貸与や住宅改修などが移管し、医療からは、短期入所、通所リハビリ、訪問看

護・訪問リハビリテーションなど移管しました。「認知症対応型共同生活介護」（グループホーム）や「有料老人ホーム」、さらには「サービス付き高齢者向け住宅」（サ高住）も「居宅」に分類されます。自宅ではないサービスを受ける場合は、介護費用だけでなく、部屋代、食事代、光熱費などのコストが別途かかります。

4 介護保険制度の仕組み

このような歴史的背景のある介護保険制度ですが、その仕組みを理解するには、財源（保険者）、サービス事業者、加入者（被保険者）に分けて考えると理解しやすいです（図2）²⁾。まず、財源ですが、これは加入者からの保険料が半分、税金として国から25%、残りの25%を都道府県、市町村が半分ずつという割合になっています。65歳以上で介護保険が必要な加入者（第1号被保険者）からの保険料は、年金から天引きされて個別に市町村が管理します。また、がんやリウマチなどの特定疾病（16疾患）のために介護が必要な40歳から64歳までの加入者（第2号被保険者）は医療保険の保険料として一括して国がプールします。そして、サービス料はサービス事業者（居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス）へ費用の負担分が支払われます。

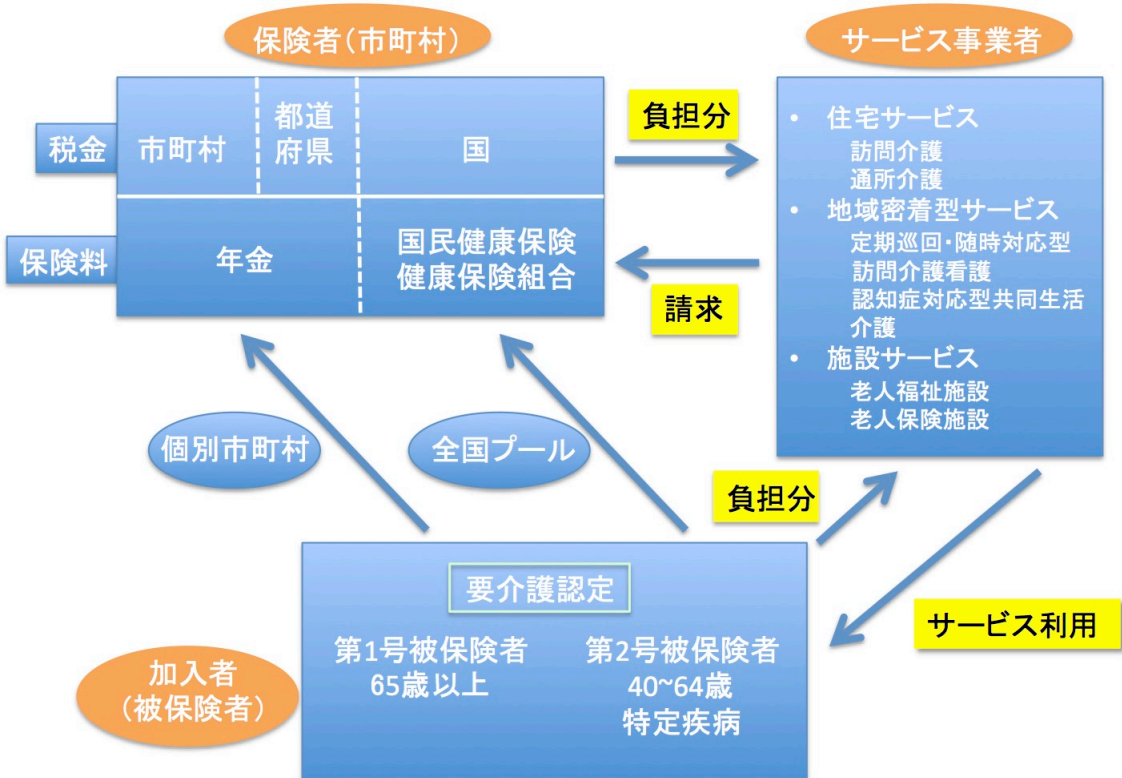


図2 介護保険制度の仕組み

5 介護総費用の内訳と推移

要介護利用者の内訳は、居宅と地域密着型サービスで全体の8割近くを占めますが、総費用の内訳をみると一人当たりの利用料が高い施設サービスが全体の4割近くを占めます。また、介護保険が開始された2000年と比較して、施設サービスの伸びは鈍いのに対し、居宅サービスおよび地域密着型サービスの合計は9倍近く増加し、全体として3.5倍ほどに増加しています(図3)¹⁾。これは、介護保険における「施設」は自治体の負担増にもつながり総量規制がかかっている反面、「グループホーム」や「サ高住」の開設が相次いだことも影響していると思われます。

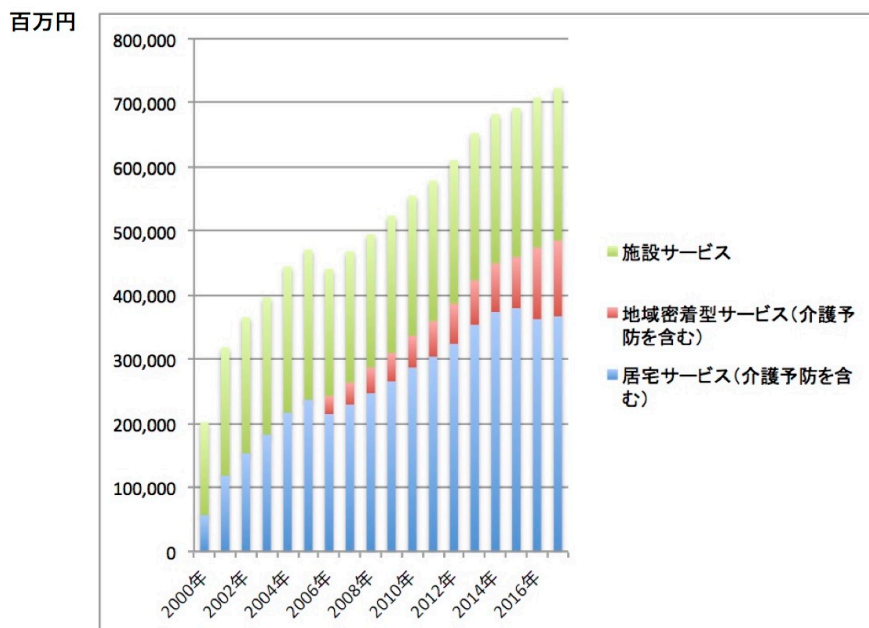


図3 介護給付費の推移 (月間・サービス種別)

6 要介護認定制度とは

要介護認定により、サービスを受ける利用者の給付限度額が決まるために、要介護状態区分は地域差がなく、厳格におこなわれなければなりません。このため、申請があると、認定調査員による利用者の心身状態の調査が行われ、74項目にわたる基本調査がおこなわれます。これをもとに、コンピューターによる要介護認定基準時間が算出され、一時審査が行われます。さらに、認定調査員の「特記事項」や医師の記載する「主治医意見書」などを参考にして、介護認定審査会が開催されて最終的に介護認定がなされます²⁾。これによって、要支援1,2, 要介護1(予防給付)から、要介護2~5(介護給付)までの判定がなされ、給付限度額が設定されます。このようにしてサービスを受ける要介護認定者は年々増加傾向です(図4)¹⁾。

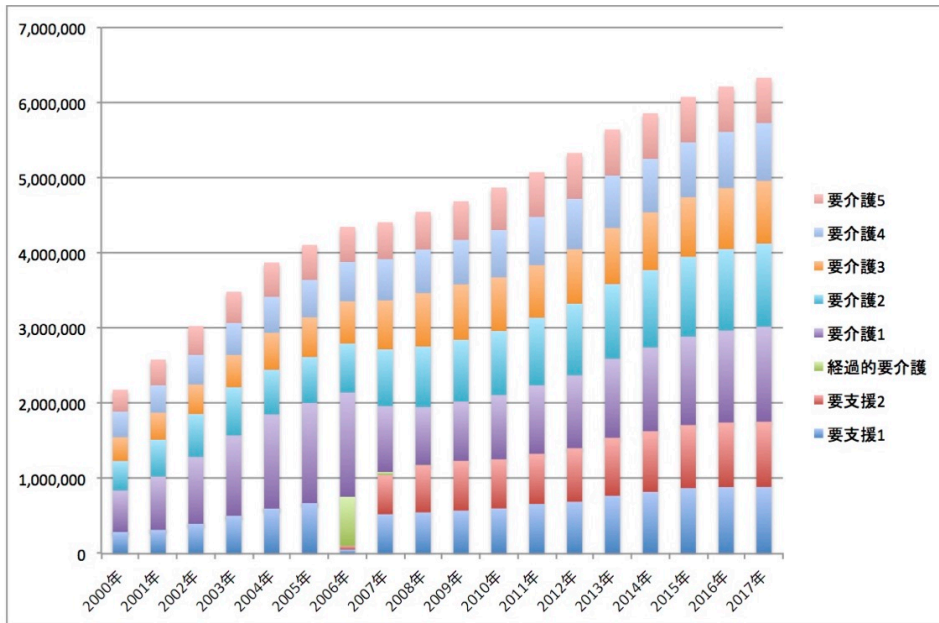


図4 要介護認定者の推移

7 ケアマネジャーの役割

要介護者のサービスを決定する上で介護支援専門員（ケアマネジャー）の果たす役割は大きいのですが、居宅と施設（介護保険施設）とではその役割は異なります。居宅サービスでは、居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーが各事業所から提供されるサービスを調整し、支給限度額と自己負担分にあわせてケアプランを作成し、実際のサービスがケアプランに沿っているかの確認（給付管理）を行います。一方、施設（介護保険施設）においては、施設の職員として施設におけるサービスの調整を行うため、介護保険の全額を使用することが多くなります。利用者の状態の変化があれば、サービスの変更をする必要もあり、退院直後の利用者のように、医療との連携が必要な場合には調整が難しい場合もあります。

8 居宅介護サービスの実例

当院の訪問診療を受けている患者で、「居宅」での介護保険サービスの実例を紹介します（保険項目と点数は診療時のもの）。

1) 要介護5：四肢麻痺、嚥下困難（胃瘻）、家族同居

ご家族が献身的な介護をされており、介護保険サービスとしては一週間に訪問看護2回、訪問入浴介護2回しか利用されていない患者です。この場合、介護保険料金として

は、訪問介護 I-4 1,117 点、訪問入浴介護 1,260 点となり、川崎市の単価 11.12 円（2 級地、上乘せ割合 16%）として、月あたりそれぞれ 28,842 円、28,022 円となります。これに、医師居宅療養管理指導 I-1 の 5,960 円を加えると月あたり 58,824 円（1 割負担分は 5,882 円）となります。限度額が約 36 万円あることを考えると、重度障害であっても状態が落ち着いていれば介護保険をほとんど使わなくても介護が可能なことを示しています。もちろん、ご家族の負担は相当なものがあります。

2) 要介護 4：半身麻痺、糖尿病（インシュリン使用）、独居

移動は杖を使いベッドサイドのトイレまでという重度障害患者です。夜間のトレ移動による転倒で救急車を頻回に呼んでしまうということもあり、夜間巡回対応が必要で、インシュリンを注射しなければならない状況もあります。この場合、介護サービスとしては、通所介護 I-34、通所介護入浴介護加算、通所介護中重度患者ケア体制加算、通所介護サービス提供体制加算 II、訪問看護 I-5・2 超（60 分）、医師居宅療養管理指導 I-1、薬剤師居宅療養 II-1、夜間訪問介護 I 基本、夜間訪問介護 I 定期巡回、通所介護処遇改善加算 II、夜間訪問介護処遇改善加算 I などで総額約 28 万円となり、限度額をほとんど使うこととなります。

3) 要介護 3：誤嚥性肺炎、心不全、認知症、グループホーム入所

誤嚥性肺炎による終末期医療をグループホームでおこなった患者です。この場合、介護保険としては、認知症共同生活介護 II-3、医療連携体制加算、サービス提供体制加算、口腔衛生管理体制加算、処遇改善加算 I、特定処遇改善加算 II、看取り介護加算 2、看取り介護加算 3、看取り介護加算 4 などで合計単位数は 28,277 点で、東京都特別区の単価 10.90 として総額 308,219 円となりました（自己負担分は 30,822 円）。このほかに、医療費（医科・歯科）、薬剤費、宿泊・生活費などは別途かかります。

おわりに

介護保険の概要と、在宅医療をうけている患者の利用状況について事例をあげて解説しました。後期高齢者数がピークを迎える 2025 年頃には、介護総費用も 20 兆円近くになることが予想されており、その対策が望まれます。

文献

- 1) 介護保険事業状況報告 厚生労働省老健局 2018年度
- 2) 公的介護保険の現状と今後の役割 厚生労働省老健局 2016年度

本稿は、2021/06/24日に二子玉川ライズにおいて行われた、TA講演会（「介護保険の概要と実際」）の内容に加筆・修正したものです。