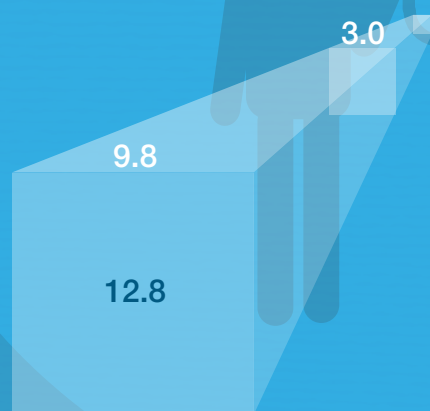


## ■ 施設及び自宅で介護を受ける高齢者の割合

日本  
施設 **3.0%**  
自宅 **9.8%**  
合計 **12.8%**



# CARE

## 高齢者と介護

日本は他国と比較して

施設で介護を受ける高齢者の割合が低い。

出典：OECD Health Data 2008, Paris and OECD Demographic and Labour Force Database

オランダ

施設 **6.9%**

自宅 **13.1%**

合計 **20.0%**

イギリス

施設 **4.2%**

自宅 **6.9%**

合計 **11.1%**

フランス

施設 **6.3%**

自宅 **3.5%**

合計 **9.8%**

6.9

4.2

6.3

6.9

3.5

9.8

13.1

11.1

20.0

## 5 高齢者と介護

### 1 介護ニーズ

日本では1963年に老人福祉法が制定されましたが、福祉制度は基本的には行政がサービスの必要性や内容等を決めて実施してきたこともあり、質の向上やニーズに見合ったサービス基盤の整備が進んでこなかったという指摘がされています。

一方で高齢者の介護ニーズの多くを医療機関が引きうけることとなり、高齢者の「社会的入院」と呼ばれるような長期入院等の問題が顕在化しました。1989年に始まったゴールドプランにより、高齢者の福祉・介護基盤の整備が進み、1997年の介護保険法の制定に伴い、2000年度からは従来の福祉サービスとは異なる新しい発想による介護保険制度が始まりました。

初年度(2000年度)、介護保険の対象と認定されたのは約218万人、従来の特別養護老人ホームや老人保健施設、介護療養病床といった施設費用を中心に約3.6兆円の介護給付費が介護保険で賄われるようになりました。その後、民間事業者の参入等を背景に在宅サービスの基盤整備も進み、現在では65歳以上の認定者は約480万人、介護費用は約7.9兆円と倍増し、そのうちの約50%が在宅サービスとなっています。

65歳以上の高齢者数2,900万人のうち、概ね6人に1人が認定を受けており、7人に1人が実際に介護保険のサービスを利用し、約30人に1人が施設に入所していますが、視点を変えれば、介護保険のサービスを受けている高齢者は17%にすぎず、残りの83%はその多くが少なくとも介護の必要がないくらいには元気で、日々の暮らしを送っているとみることができます。

## 介護サービス受給者数と費用

|            |           | 受給者数<br>(千人、%) |       | 受給者1人あたり<br>費用額 (円) |
|------------|-----------|----------------|-------|---------------------|
| 介護予防サービス総数 |           | 859.4          |       | 39,900              |
| 介護サービス     | 居宅サービス    | 2,217.8        | 69.0  | 121,000             |
|            | 地域密着型サービス | 261.7          | 8.1   | 222,300             |
|            | 施設サービス    | 850.9          | 26.5  | 297,000             |
|            | 総数*       | 3,212.5        | 100.0 | 188,700             |

厚生労働省『介護給付費実態調査』(2010.8)

\*総数は上記3種サービスのうち少なくとも一つのサービスを受けていた人の数

## 要介護等認定者数

|        | 認定者数<br>(千人) | 高齢者全体に<br>占める割合 (%) | 要介護認定者に<br>占める割合 (%) |
|--------|--------------|---------------------|----------------------|
| 総数     | 4,806        | 16.6                | —                    |
| 65～74歳 | 654          | 2.3                 | 13.6                 |
| 75歳以上  | 4,152        | 14.3                | 86.4                 |

厚生労働省『介護保険事業状況報告』(2010.8)



## 5 高齢者と介護

### 2 要介護状態となる原因疾患

「要介護」となる主な原因疾患としては、脳血管疾患、認知症、老衰、関節疾患、骨折などが挙げられます。軽度の要介護状態では関節疾患と骨折が原因である場合が多く、重度の要介護状態では脳血管疾患や認知症が原因の場合が多いようです。

●

認知症に対する関心が高まってきていますが、介護を必要とする認知症患者は、2005年には170万人程度（高齢者の約7%）と推計されています。現状のまま推移すれば、2035年には2倍を超える380万人程度（高齢者の約11%）になるものと思われます。

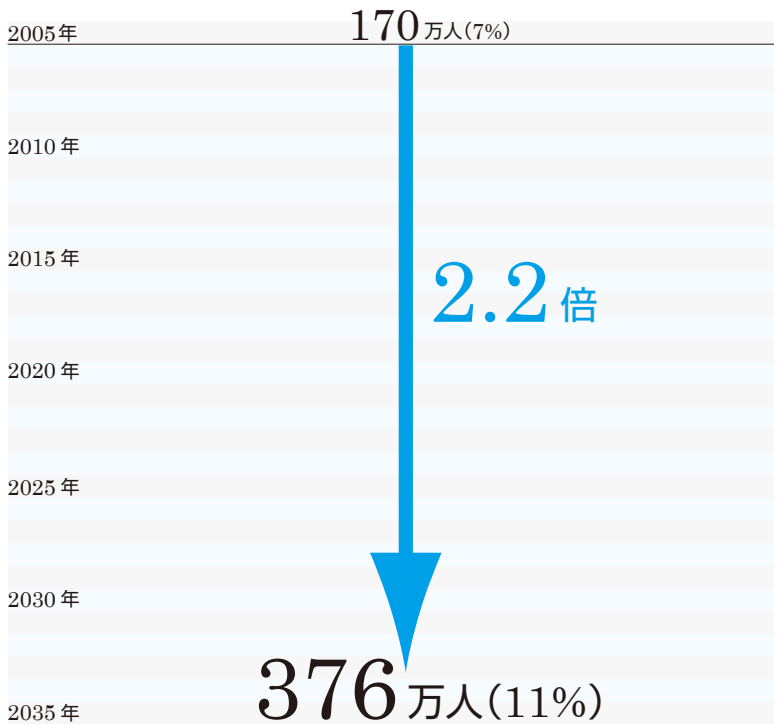
●

認知症については、2004年からその病名を「痴呆」から「認知症」に変えたことなどもあり、急速に知られるようになってきてはいますが、まだ原因究明や治療方法が見つからないことに加え、病気に対する正確な理解が行き渡っておらず、偏見や誤解も根強く残っています。そのため、早期診断による適切な対応が難しいという現実もあります。

●

しかし認知症はそのケアの方法如何で、現れる症状に変化が見られることもわかってきているため、行政とNPOなどの連携による活動として、認知症についての理解を深め、地域全体で支え合うための取り組みも始まっています。

## 認知症高齢者の数と高齢者全体に占める割合



厚生労働省『高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」』（2003.6）



## 5 高齢者と介護

### 3 介護の担い手と介護サービス

介護が必要な高齢者の半数以上は家族と同居していますが、こうしたケースでの世帯内での介護は、7割が女性によって担われています。また約4割は、配偶者が介護をしているため、介護者自身はかなり高齢になっていて大多数が60歳以上です。

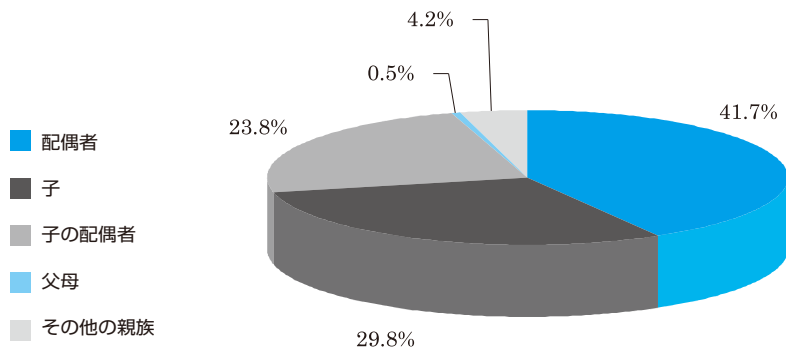
介護保険サービスは、運動機能の向上のための運動を行ったり、自宅で日常生活支援を行って自分でできることを増やしたりすることを目的とした予防給付と、入浴、排せつ、食事等の日常生活において介護を提供する介護給付とに分かれています。

現在、介護サービス(予防サービス含む)受給者は約400万人(認定者の約8割)で、1人当たりにかかる費用は要介護度にもよりますが平均すると、在宅サービスで月額7～19万円程度、施設サービスでは重度の人が多いので約22～30万円です。このうち約1割が自己負担となりますが、施設サービスでは、さらに保険外の費用として食事、居住費に加え、日常消耗品、教養娯楽費などが自己負担金に加わります。居住費は、個室か相部屋かによっても費用が変わってきます。

最近では、小規模多機能型の施設や認知症対応型グループホームなどの地域密着型サービスも増えてきました。「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」を組み合わせて柔軟にサービスを提供する「地域密着型サービス」は、今後も定着・発展が期待されています。



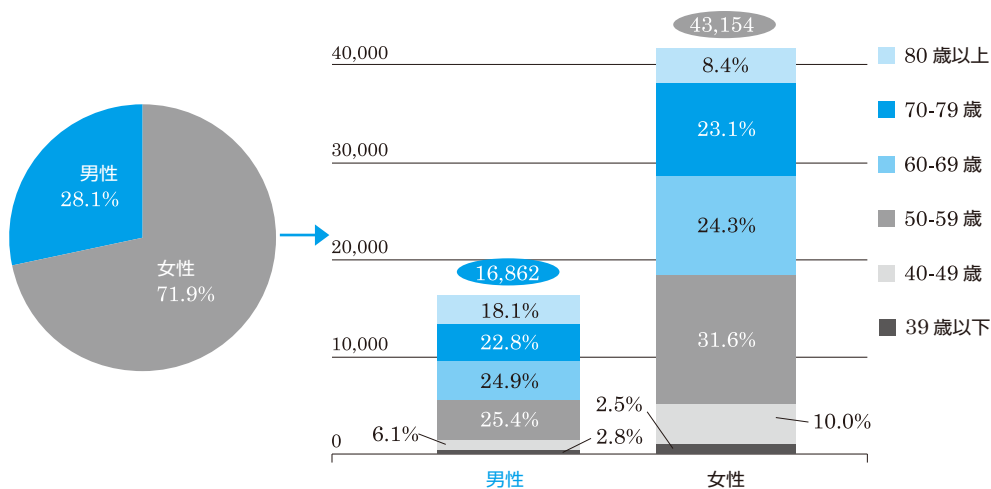
## 要介護者と同居している介護者の続柄



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2007)

## 要介護者と同居している主な介護者の性別・年齢階級別構成割合

(要介護者10万人対)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2007)



## 【日本の公的介護保険制度】

### ■ 背景

公的介護保険制度は日本の社会保険制度の中で最も新しいシステムである。介護保険制度が導入されるまでは、日本における高齢期の介護は様々な制度等に分立していた。すなわち、施設介護については医療制度（病院）と福祉制度（特養）の双方に分立し、これが老人医療費の高騰要因となっていた。また在宅介護については多くは家族介護、特に女性により担われてきた。

しかし、こうした伝統的なシステムは高齢化の急速な進展や就労女性の増加、老人医療の高騰等により次第に問題が顕在化し、介護問題は国全体の大きな政策課題となった。こうした状況に対応するために1989年に「ゴールドプラン」がスタートした。これは10年間の国家戦略で社会サービスとして介護サービスの提供基盤を拡大するものだった。また、サービス計画・調整の権限が都道府県から市町村へと委譲された。こうした約10年にわたる基盤整備が2000年4月の公的介護保険制度の創設へとつながった。

### ■ 制度の概要

公的介護保険制度は公的年金や公的医療保険と同様、社会保険モデルに立脚している。40歳以上が強制加入となるが、給付対象は主として65歳以上の者である。40歳以上65歳未満の者への保険給付はアルツハイマー病等特定の疾病に起因する要介護状態などの場合に限定されている。

公的介護保険の保険者は市町村であり、その財源は、高齢者（65歳以上）の保険料、40歳以上65歳未満の保険料（医療保険者が徴収）、公費（給付費の50%）である。高齢者の保険料は市町村により異なるが、市町村は3年ごとに見直すサービス供給量に併せて保険料の改定を行う。地方レベルで給付と負担の関係を明確化したことはこのシステムの一つの重要な特徴である。

給付内容は現物給付であり、ドイツのような現金給付は保険制度としては含まれていない。給付は、施設サービス、在宅サービス、予防給付、福祉用具貸与など様々であるが、支払いのルールは全国一律であり、厚生労働省が価格表を策

定・改定する。また、自己負担は給付費の1割である。

給付を受けるためには、市町村が実施する要介護認定（全国的に統一的な基準で行われる）を受ける必要がある。2010年現在7つの段階がある。認定を受けた後、軽度者は市町村が中心となって予防サービス中心のサービス計画（ケアプラン）を立てる。要介護者はケアマネジャーが中心となってサービス計画を立てる。このサービス計画策定には高齢者やその家族のほかサービス提供者も参加する。

### ■ 課題

公的介護保険制度導入後、サービス利用は急増し5年間で倍増した。年金や医療と同様、急速な人口変動により制度の持続可能性が課題となってきている。2005年改正では、予防の重視、地域ケアの拡大、サービスの質の向上と認知症ケアの充実などの施策を強調した。最近では介護人材の確保のため、更なる施策の充実が求められている。



---

## 吉田サタ

1907年（明治40年）生まれ  
現役幼稚園園長（横浜市）

福島県いわき市で、桶屋を営む家に生まれる。幼い頃から経済的には苦勞したので、これからの時代は女も働かなければいけないと、小学生の時に考えた。

53歳の時、幼稚園を始めて以来、今までに2,000人を超える卒園児を送り出してきた。親子二世代続いた卒園生もいる。子どもたちの長所を見つけて伸ばす事が楽しみ。

太陽のように明るくておおらかで温かな性格。自分のペースで暮らし、終わったことは仕方がないとすぐ忘れるようにしている。師範学校の同級生80人中、3人が100歳を超えて健在。

---