

日本の介護保険の現状と課題

－ 介護予防の視点から －

長弘千恵¹ 前野有佳里² 波止千恵¹ Bevan 宏美¹

1 国際医療福祉大学福岡看護学部看護学科

2 九州大学医学研究院保健学部門看護学専攻

(要約) 日本では、介護保険制度が開始して10年が経過し、介護サービスの利用者が急増してきた。このことは介護費用の増加をもたらし、反面、国民の大きな負担となってきた。その対策として、介護予防事業が保健・医療・福祉の分野から積極的に展開されるようになってきた。最近導入されてきた特定健診・特定保健指導と特定高齢者対策事業はあまり利用されておらず、国民にこれらの事業の重要性を理解して参加してもらうことが課題となっている。

[Key words: 介護保険制度, 介護予防事業, 特定健診・特定保健指導, 特定高齢者対策事業]

A previous version of this article was presented at the pre-conference of the 4th International Symposium for Aging which was held at November 12, 2010 in the KimDaeJung Convention Center, Gwangju, Korea. All correspondence to Professor Chie Nagahiro(長弘千恵), 1-3-1 Nagahama, Division of Fukuoka Nursing School, International University of Health and Welfare (国際医療福祉大学福岡看護学部), Fukuoka, Japan 810-0072 e-mail (cnaga@iuhw.ac.jp).

はじめに

日本では、2000年4月に介護保険制度が開始し、10年以上が経過している。介護保険の認定者数は、急速な高齢者の増加により2000年の218万人から2009年には469万人と大きな伸びを示し、国民の間に介護保険制度は普及してきたと評価されている（厚生統計協会，2010）。2008年度の社会保障給付費は、94兆8千億円で前年度に比べ3.4兆円の伸びであった（厚生統計協会，2009，2010）。社会保障給付費の将来予測として、2025年度は141兆円と約1.6倍になる見通しである。社会保障費の部門別にみると、“年金”は49.5兆円（2008年度）が65兆円（2025年度）と予測され約1.4倍，“医療”は29.6兆円（2008年度）が48兆円（2025年度）と予測され約1.7倍，“介護”は7.2兆円（2008年度）が17兆円（2025年度）と予測され約2.6倍になるとされている（国立社会保障・人口問題研究所，2010）。

日本の医療制度は、①誰もが第1次、第2次、第3次医療機関を自由に受診できること、②医療保険による個人負担額は、義務教育就学者前は2割、義務教育就学時-69歳までは3割、70-74歳は1割（現役並の所得者は3割）、75歳以上（後期高齢者医療制度対象）は1割（現役並の所得者は3割）と低額であることが特徴とされる。これらは医療費に反映される。国民医療費をみると、2007年度には、総額34兆円（国民1人当たりで26.7万円）に達し、国民所得比は9.11%となっている。近年は国民所得の伸びを上回るペースで国民医療費の増加が続いており、中でも“老人医療費（患者負担を含む）”は、老人医療事業年報によると11兆2,753億円（国民医療費の33.0%）に達している（厚生統計協会，2009，2010）。一方、平成22年度国家予算は、92.3兆円で、歳出の内訳は国債費20.6兆円、交付税が17.5兆円、一般歳出等54.2兆円（うち社会保障27.3兆円）となっている。歳入は税37.4兆円、その他10.6兆円、公費44.3兆円が見込まれているが、税収よりも公費の方が多という異常な事態となっている（厚生統計協会，2010）。

このような背景をもとに、2005年介護保険法が改正され、①“制度持続可能性”の観点の見直し、②“明るく活力ある超高齢社会”の構築、③“社会保障の総合化”を基本として、予防重視型システムへと転換された。さらに、2008年に医療制度が改革され、生活習慣病の予防対策としての特定建診・特定保健指導が推進されるようになってきた。このため、新たな財源の確保が困難な状況下においては、現行の社会保障制度を継続して維持していくためにはその費用を抑制する

日本の介護保険の現状と課題

ことが不可欠であり、増大する医療費・介護保険費の伸び率を低下させること、すなわち介護予防が再重要課題であるとされている(厚生統計協会,2009)。そこで、日本の介護保険制度の全体像を踏まえ、特に介護予防の現状とその課題について報告する。

介護保険制度の現状と課題

介護保険制度の概要

2000年に開始された介護保険制度は、高齢者介護に関して老人保健と老人福祉の異なる制度で行われていた制度を再編し、給付と負担の関係が明白な社会保険方式による介護の社会化を行ったものである。すなわち、国民に保険料を徴収し、要介護状態の高齢者等に介護サービスを総合的に提供するようにしたものである。運営主体である保険者は、国民に最も身近な行政単位である市町村・特別区であり、国や都道府県が市町村を重層的に支え合うこととしている。被保険者は40歳以上の者であるが、65歳以上の1号保険者と40歳以上65歳未満の2号保険者に大別される。前者は疾病のいかんにかかわらず要受給権者となるが、後者は老化に起因する16の特定疾病のみである。

介護サービスを受けるには、はじめに介護認定の申請を行い、介護認定審査会において“要介護認定”を受ける(有効期限は原則6ヶ月)必要がある。本人の健康状態と並びにどのくらい介護の労力が必要かを審査し、介護度が認定される。〈表 1〉は要介護認定における介護度のめやすを示している。介護度は、自立(介護保険非該当)、要支援1、要支援2、要介護1-5の8ランクに分けられ、非該当のうち要支援・要介護のおそれのあるものと要支援1.2が介護予防の対象者とされる。要介護1-5と認定された者が介護サービスの対象となる。居宅介護支援専門員が、保険給付の上限額の範囲内で要介護者(要支援者)や家族と一緒に介護サービス計画を作成し、本人に適したサービスの選択を行う。利用者は、介護費用の1割を負担して介護プランに基づいて介護サービスを受けることになる(厚生統計協会, 2010)。

2005年には、介護保険制度の運用にあたり、公正・中立な立場から、地域における介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護などを担う中核機関とし

て地域包括支援センターが創設された。この機関は、市町村や社会福祉法人などが運営主体となり、保健師や社会福祉士、主任ケアマネジャーといった専門の職種が配置され、中立性の確保、人材確保の支援などの観点から市町村、サービス事業者、被保険者の代表が運営にかかわっている。〈表 2〉は、地域包括支援センターの機能を示している。介護予防事業、長期継続ケアマネジメント、多面的な支援を行っている（厚生統計協会, 2009）。

介護保険制度の現状

急速な高齢化に伴い、65歳以上の介護保険対象者は2000年の2,165万人から2009年の2,838万人と673万人増加した。要介護認定者数は2000年の218万人（要介護認定率：10%）から2009年の469万人（要介護認定率：16.5%）と251万人増となった。特に要支援1・要支援2の認定者が増加してきた。介護保険利用者数は2000年の149万件から2009年の384万件と2.6倍の大きな伸びを示した。

〈表 1〉 要介護認定における介護度のめやす

要支援1.2	身の回りの世話の一部に見守りや手助けが必要
要介護1	立ち上がりや歩行時などに何らかの支えが必要、問題行動や理解の低下がみられることがある
要介護2	食事や排泄に見守りや手助けが必要、問題行動や理解の低下がみられる
要介護3	立ち上がりや歩行が自力ではできない、排泄や入浴等で介助が必要、いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある
要介護4	排泄、入浴、更衣など日常生活全般で全面的介助が、多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある
要介護5	食事や排泄がほとんどできず、生活全般に全面的介助が必要、多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられ、意思疎通が困難

日本の介護保険の現状と課題

＜表 2＞ 地域包括支援センター基本機能

1. 基本的支援基盤構築	地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築する
2. 総合相談権利擁護	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐ。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努める
3. 包括的・継続的 ケアマネジメント支援	高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援する
4. 介護予防 ケアマネジメント	介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメント行う

特に在宅サービスの受給者数の増加が10年間で2.9倍と大きい(厚生統計協会, 2009).

＜表 3＞は、2010年1月分の介護保険の利用件数の割合を要介護度別に示している。利用総件数9,284,000件のうち、在宅サービスが8,437,000件、施設サービスが847,000件である。在宅サービスでは、通所介護が14.3%で最も多く、次いで訪問介護13.5%である。施設入所は9.1%、短期入所は3.6%、訪問看護は2.9%であった。施設入所は9.1%を占めている。要介護度別では、介護度が軽度の要支援1・2ランクは訪問介護や通所介護が多く、施設サービスでは要介護4・5ランクが多かった。短期入所は介護度が重くなるにつれて利用割合が増加し、訪問看護は全体の3%程度であり、介護度別では介護度が高いランクに多かった。

最新の保険給付額では、2009年4月の介護サービスの利用者と保険給付額の構成割合は居宅(介護予防)サービスが278万人であった。保険給付額が2,655億円、地域密着型(介護予防)サービスの利用者が23万人で保険給付額が445億円、施設サービス(特別養護老人ホームなど)利用者が83万人で保険給付額が2,141億円であった。居宅サービスの利用者数は多いが、1人当たりの利用額は施設サービスより低くなっている。

＜表 3＞ 介護保険 利用件数（2010年1月分，単位千件）

受給件数	9,284	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		774	1,059	1,615	1,906	1,607	1,284	1,031
訪問看護	269	7	17	35	50	47	49	64
千件 (%)	(3)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(6)
訪問介護	1,255	174	208	252	248	159	117	96
千件 (%)	(14)	(23)	(20)	(16)	(13)	(10)	(9)	(9)
通所介護	1,323	140	182	319	297	206	120	60
千件 (%)	(14)	(18)	(17)	(20)	(16)	(13)	(9)	(6)
短期入所	337	2	7	42	71	91	75	49
千件 (%)	(4)	(0.3)	(1)	(3)	(4)	(6)	(6)	(5)
施設	847	—	—	39	98	188	256	266
千件 (%)	(9)			(2)	(5)	(10)	(20)	(26)

介護予防対策

平成19年(2007年)度の介護が必要になった主な原因をみると、脳血管疾患が23.3%と最も多く、次いで認知症が14%、高齢による衰弱13.6%、関節疾患12.2%、転倒・骨折9.3%、心疾患4.3%、その他23.3%の順であった。介護予防対策では、これらの疾患を予防することが必要である（厚生労働省，2010a）。そのうち認知症は、2001年の調査で、脳血管疾患26.1%、高齢による衰弱17.0%、転倒・骨折12.4%、認知症が11.2%であったが、高齢による衰弱と認知症割合の増加がみられ、特に認知症対策が重要となっている。

介護予防対策の具体的な取り組みは、原因疾患(脳血管疾患、認知症、骨折)に対して生活機能の低下を予防又は維持・向上を図ることを目的し、一般高齢者対策と特定高齢者対策として実施されている。一般高齢者対策は、ポピュレーションアプローチとして65歳以上の者を対象として、介護予防の基本的知識を普及啓発、介護予防に関わる人材や地域活動組織の育成・支援等を行っている。また、これらの事業は、その他の健康づくり対策や地域づくり施策と連携して実施されている。

ハイリスクアプローチである特定高齢者対策は、要支援・要介護状態になる

日本の介護保険の現状と課題

おそれのある65歳以上の者を対象に、個々人ごとに介護予防ケアプランを作成し、その人に適した予防プログラムが実施されている。2005年国民の健康寿命(健康で自立して暮らすことができる期間)を延ばすことを基本目標として、“健康フロンティア戦略”10か年戦略が開始された。この戦略において“生活習慣病対策”と“介護予防の推進”が策定され、健康寿命を2年程度伸ばすことが目指されている。“介護予防の推進”として、①軽度者(要支援1・2、要介護1)の重症化予防による、要介護2への移行を10%防止、②要支援、要介護への移行を20%防止という数値目標を設置している。

＜表 4＞は、市町村における介護予防のおもな業務を示している。各市町村においては、介護予防担当の看護職が健康づくり担当の保健師と共同で介護予防活動を行っている。外部の関係機関に介護予防委託する場合の調整やサービスの質の向上に向けた支援も重要な役割となっている。保健所は、地域保健に関する幅広い所管業務と許認可権限を有する行政機関である。保健所は広域的に取り組む必要のあるサービスや市町村への技術支援、調査・研究を担っている。

＜表 4＞ 市町村における介護予防のおもな業務

業務	目的
相談・支援	虚弱高齢者や家族の相談、訪問調査 アセスメント、介護予の進行予防
集う場づくり	虚弱高齢者の閉じこもり予防
住民が支え合う地域づくり	認知症・転倒予防の健康教育 住民ボランティアの育成
ネットワークづくり	緊急性を要する事例への効果的支援 役割分担
ケアマネジャーへの支援	資質向上、困難事例の支援
高齢者虐待防止	医療機関や専門機関などとの虐待防止ネッ トワークづくり

特定高齢者対策の現状と課題

特定高齢者対策の現状

特定高齢者対策の拠点となる地域包括支援センターは、2006年に制度化され、2008年4月には全国で3,976カ所、設置保険者1,657のすべてが設置している。運営主体では、保険者直営は35.3%に過ぎず、64.5%は委託である。委託の約半数は社会福祉法人である（厚生労働省、2010c；福田健・三浦正子、2010）。

地域包括支援センターは高齢者の暮らしを支える総合的な窓口であり、関係機関との“橋渡し役”ともいわれている。このため、対象者となる高齢者に広く認知されることが不可欠である。制度開始から5年を経て、介護・福祉・医療・保健の関係職の認知度や理解度はかなり向上してきたが、2008年12月の東京都の調査では約3割が認知しておらず、地域住民の地域包括支援センターに対する認知度や理解度は高いといえないとされている（福田健・三浦正子、2010）。

地域包括支援センターでは、介護予防特定高齢者施策として65歳以上の者のうち、要支援・要介護状態になるおそれのある者を対象に実施している。多くの自治体では対象者は、健診時に同時に行われる生活機能評価の結果や民生委員や地域・関係機関の情報によって把握している。

特定高齢者施策による具体的な介護予防事業は、通所型と訪問型の2種に分かれる。通所型介護予防事業では①運動器の向上、②栄養改善、③口腔機能の向上等を目的としたプログラムである。訪問型介護予防事業は、うつ・閉じこもり、認知症のおそれがある、またはその状態にあり、通所型介護予防事業の利用が困難な者を対象に行っており、通所型介護予防事業のプログラムに加え、孤立予防を目的に地域内でのサポートが受けられるよう支援している。介護予防事業の実績は、職員1人当たり実施件数(直営のみ)2007年24.0件、2008年26.2件であった。その実施体制として約半数の施設では専従の職員を配置している（厚生労働省、2010c）。

また、高齢者は住宅内の転倒事故による骨折が寝たきり等の要介護状態の誘因として大きく、手すりの取り付けや段差解消等のバリアフリー化が、転倒のり

日本の介護保険の現状と課題

スクを下げる効果がある。バリアフリー化により、住宅内での動作が容易になれば、活動範囲や活動量が増大し、廃用性によるADLの低下が予防されることになるため、自宅内のバリアフリー環境にも対応している。

特定高齢者施策の課題

特定高齢者施策の課題としてまず考えられるのは、特定高齢者施策の情報や目的が地域住民に周知できておらず、情報が得られないために参加していない人や情報を得たとしても、自分には関係ないという認識のため参加率が低いことがあげられる。加えて、特定高齢者施策の担当者は対象となるハイリスク者の把握が十分できない状態にある。また、介護予防事業は、その利用に本人負担(利用料)が発生するため、利用に消極的な者も多く、介護予防事業への参加者が固定化されているという報告がある(福田健・三浦正子, 2010)。

一方、介護予防事業の提供者である地域包括支援センターは、特定高齢者についても要支援・要介護者と同様にケアプラン作成が必要なため、ケアプラン作成に係る業務量が増加してくる。その結果としてケアプランの内容が画一化し個々に応じた魅力あるプログラム不足の状態となりやすいという指摘がある(福田健・三浦正子, 2010)。

生活習慣病対策(特定健診・特定保健指導)の現状と課題

特定健康診査・特定保健指導の概要

前述の健康フロンティア戦略において、“生活習慣病対策”として、具体的には①がん対策：5年生存率を20%改善，②心疾患対策：死亡率を25%改善，③脳卒中对策：死亡率を25%改善が計画されている(厚生統計協会, 2010)。さらに、2008年に開始された医療制度改革において、生活習慣病の予防は国民健康の増進の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなることが示され、生活習慣病対策の増進が重要な要素となっている。そのため、具体的な取り組みとして医療保険者に、40～74歳の被保険者・被扶養者に対する生活習慣病の予防に着目した特定健診・特定保健指導の

実施が義務づけられた（厚生統計協会（2010））。

＜図 1＞は特定健康診査・特定保健指導の概要を示している（厚生統計協会，2010）。この事業では，血圧，血糖，脂質等に関する健康診査の結果から，生活習慣の改善が特に必要な者を抽出して，生活習慣の改善のための指導を実施することにより生活習慣を予防することを目的としている。

1) **糖尿病予防**：2007年の国民健康・栄養調査では，“糖尿病が強く疑われる人”は約890万人（1997年690万人，2002年740万人）とされ，糖尿病の可能性が否定できない人は約1,320万人（1997年680万人，2002年880万人），合わせて約2,210万人と推定されている（厚生労働省，2010a）。過去2回の調査より急激な伸びを示しており，早急な対応が必要である。さらに，糖尿病が強く疑われても治療を受けない者が約55％存在し，健診後の異常所見者への事後指導の徹底が必要とされている（厚生労働省，2010a）。

2) **血圧**：2000年の循環器疾患基礎調査によると，日本高血圧学会が作成した“高血圧治療ガイドライン2000年版”における基準に基づく高血圧者の割合は，男51.7％，女39.7％であった。60歳以上では男は60％を超え，女は50％以上となり事後指導が重要とされている（厚生労働省，2010a）。

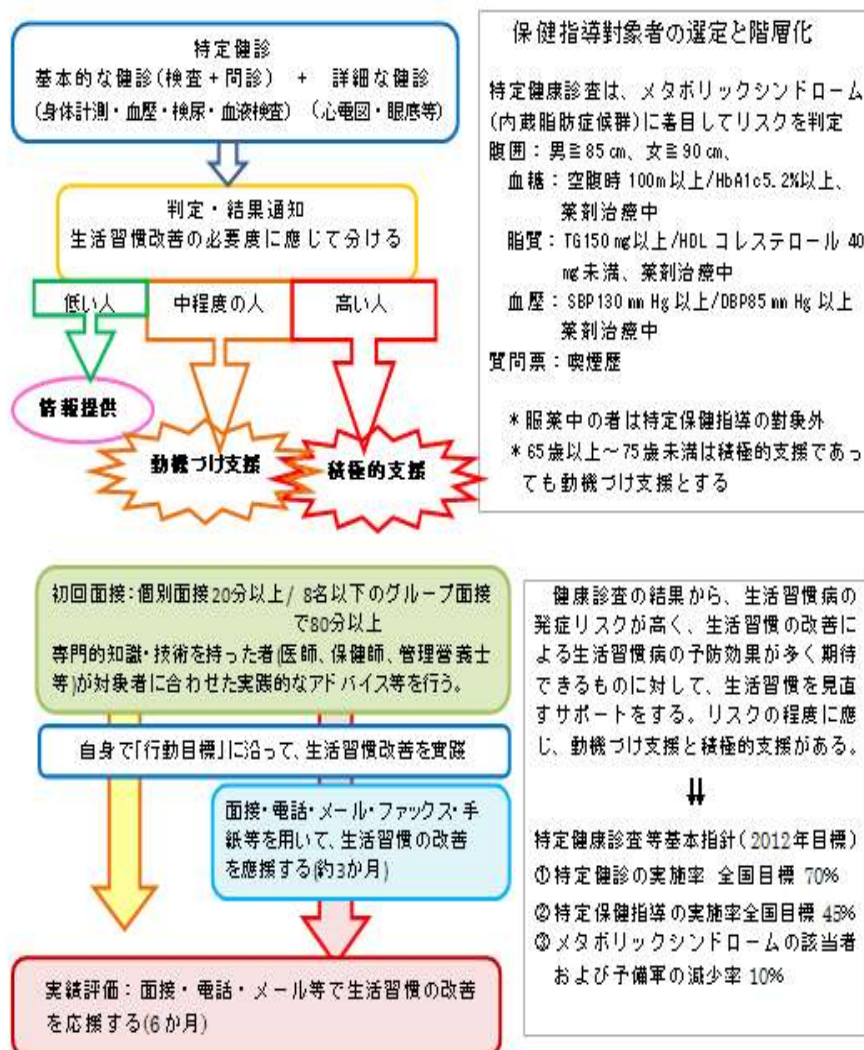
特定健康診査・特定保健指導実施状況

2008年度の特定健診の対象者は5,191万人で，受診者は1,987万人（受診率38.3％）であった。男性では，平均特定健診受診率は42.3％を占め，40歳代が受診率50％を超え，50歳代では45％を超えているが，60歳以降は35％以下であった。女性の特定健診平均受診率は34.3％，40歳代が33～35.3％，50歳代では34.8％，60歳以降は35％であった。特定保健指導の対象者は394万人（健診受診者の19.8％）で，特定保健指導終了者は30.7万人（特定保健指導実施率7.8％）であった。男性の特定保健指導実施率は7.3％で女性は9.5％であり，年齢別では女性60歳以降と男性の65歳以降で特定保健指導実施率が10％を超えていた（厚生労働省，2010b；社会保険実務研究所，2010）。

特定健康診査・特定保健指導の課題

〈図 1〉 特定健康診査と特定保健指導の流れ

(政策目標：2015年度には2008年と比較して生活習慣病有病者・予備軍を25%減少させる)



1) 特定健診受診者数の伸び悩み(約30%)：特定健診について、国は受診率を70%に定めたが、開始初年度である20年度は38.3%に留まった。その要因としては、実施主体の変更に伴う利便性の欠如および 健診実施主体と受診者の双方向のコミュニケーションの不足が考えられている。従来、生活習慣病の健診(住民基本診査)は市町村が実施主体であったが、医療保険者に実施主体が変更された。このことにより、雇用者保険である社会保険の加入者及びその家族が、従来の受診場所であった保健センターや地域の医療機関で受診できない状態になった。また、行き慣れない場所での健診は、対象者との長年のコミュニケーションが切れ、その点でも受診の意欲をなくしたことが考えられた。受診者にとっての利便性を考慮した受診行動の支援すること、多様な健診の機会と方法の設定などを工夫することで、受診行動につながる利便性の確保がより一層重要であるとされ、諸々の改善策が検討されている(社会保険実務研究所, 2010)。

2) 特定保健指導の取り組み：特定保健指導の対象者が特定健診受診者の20%以下であることは、各保険者の想定を下回り、特定保健指導終了者の割合が7.8%であったことも各保険者の想定を下回っていた。対象者の生活状況等の把握し、それに基づき対象者が選択できると多様な保健指導のメニューを提示するなどの工夫が必要である。対象者にとって特定保健指導がより利用しやすく継続できるような対象者個人に応じたオーダーメイドされた指導計画作成が重要であるとされている(社会保険実務研究所, 2010)。

3) 都道府県、保険者協議会等による保険者への支援：保険者が特定健診・特定保健指導についての実施計画を作成するためには、医療費や健診データの分析を速やかに行う必要がある(社会保険実務研究所, 2010)。保険者が現状評価から事業の展開を検討するための基盤整備への支援が重要である。従来の健診では、健診実施主体である市町村保健衛生部局間の情報交換が比較的保たれてきた。しかし、医療保険者間では情報交換の機会はほとんどないため、情報交換や効果的な実施方法を共有する場が重要である。

参考文献

厚生統計協会 (2009). 保険と年金の動向(厚生指標臨時増刊): 2008年. 第55巻14号 (2009. 11).

日本の介護保険の現状と課題

- 厚生統計協会 (2010). *国民衛生の動向* (厚生指標臨時増刊: 2010. 08).
- 厚生労働省 (2010a). 平成20年4月から特定健診・特定保健指導が始まります(http://www-bm.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info02_66.pdf). [2001年11月1日 採取]
- 厚生労働省 (2010b). 平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03n.html>). [2001年11月1日 採取]
- 厚生労働省 (2010c). 地域包括支援センターにおける相談支援について(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-12e.pdf>). [2001年11月1日 採取]
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2010). http://www.jpss.go.jp/site-ad/index_Japanese/security.html [2001年11月1日 採取]
- 社会保険実務研究所 (2010). 特定健康診査・特定保健指導受診率向上に関する事例集作成検討会報告書. *週刊保健衛生ニュース*, 1565 (1), 3-38.
- 福田健・三浦正子 (2010). 地域包括支援センターの現状と課題. *自治体チャンネル*, 116, 18-21.

**The Current State of Long-term Care in Japan:
Focusing on Prevention of Health Problems in Need of
Long-term Care**

Chie Nagahiro¹ Yukari Maeno² Chie Namitomi¹ Hiromi Bevan¹

¹ Community Health Nursing, Division of Nursing, Fukuoka
International University of Health and Welfare, Fukuoka, Japan 810-0072

² Community Health Nursing, Division of Nursing School of Medicine
Kyushu University, Fukuoka, Japan 812-8581

The long-term care insurance system was initially introduced 10 years ago in Japan. The long-term care insurance service recipients have been increasing steadily during the decade. The lay people should have paid more tax due to the increasing nursing costs as the time goes on. Thus, the effectiveness of the system should be evaluated regularly. A prevention approach, as one of the projects that were developed by the Health, Medical and Care sectors, was applied to the long-term care insurance system to check the effectiveness. Metabolic syndrome screening and specific health education projects for middle-aged and elderly people were included in the approach, although there were not many participants on the schemes.

(논문접수일: 2010년 10월 13일)

(수정논문접수일: 2010년 11월 12일)

(논문게재승인일: 2010년 11월 27일)