

第2章 公的介護保険の現状

第2章 公的介護保険の現状

1. 公的介護保険の仕組み

現在の公的介護保険の仕組みについて説明する。

①被保険者

公的介護保険は40歳以上の国民を対象に強制適用されており、被保険者（加入者）は、第1号被保険者、第2号被保険者の二種類がある。第1号被保険者は65歳以上の者で、第2号被保険者は40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者である。

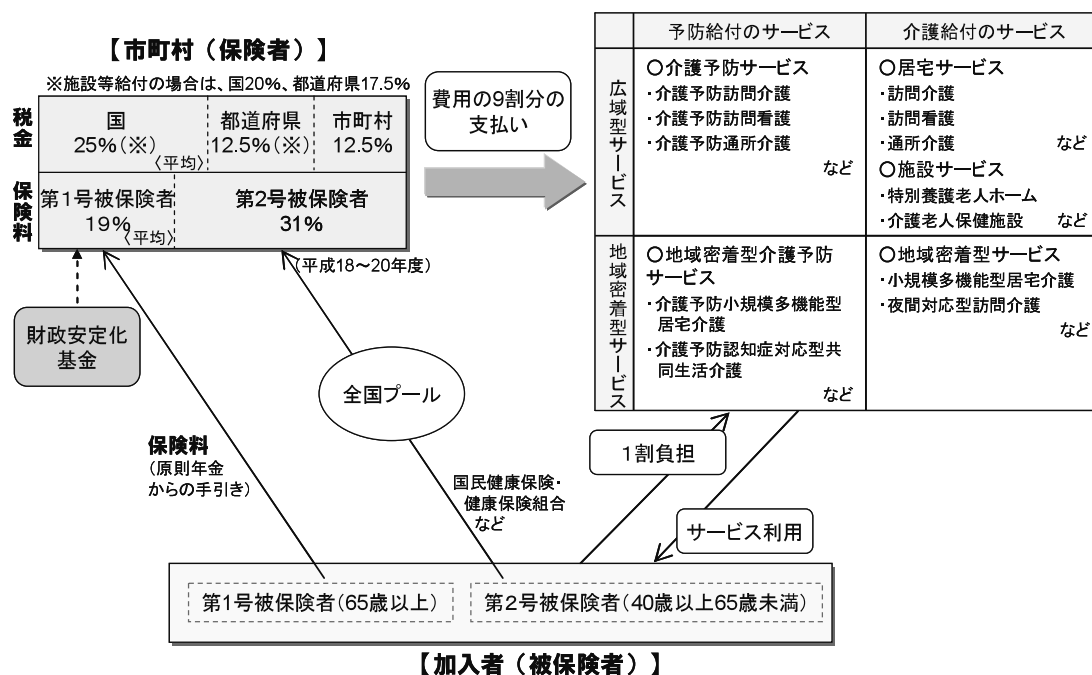
受給要件は、第1号被保険者の場合、要介護者または要支援者と認定を受けた者、第2号被保険者の場合、政令で定められた15種類の特定疾病により要介護者または要支援者と認定を受けた者となっている。第2号被保険者、すなわち40歳以上65歳未満においては、要介護状態に陥った原因によって給付されるか否かが分かれる点に注意したい。

②財源

給付費（総費用－自己負担分；1割）の財源は、公費50%、保険料50%によって賄われている。公費の内訳としては、基本的に国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担する仕組みとなっており、国庫負担25%のうち5%は「調整交付金」として交付されている。

保険料徴収について、第1号被保険者の保険料は原則として市町村が年金から天引きし、第2号被保険者の保険料は医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収している

公的介護保険の仕組み



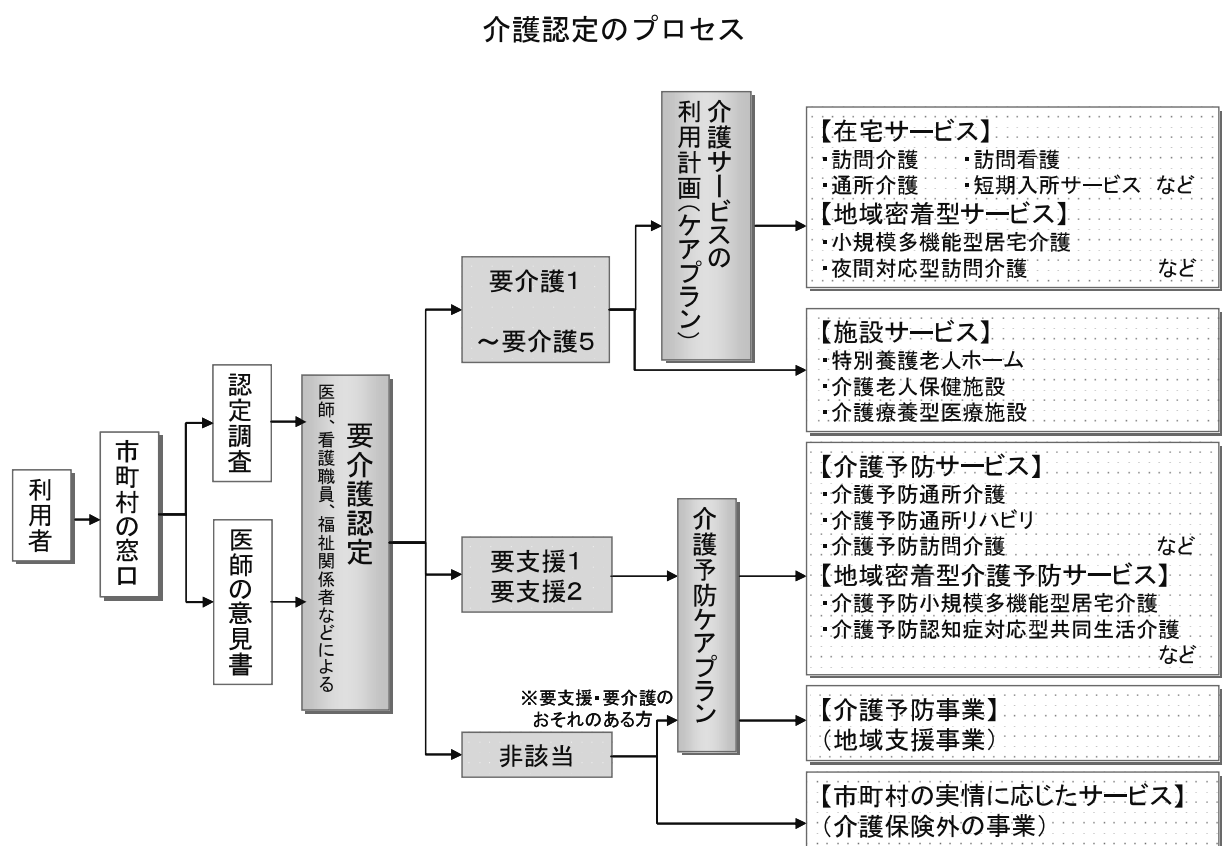
(出典) 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」を元に作成

③利用手続き

公的介護保険サービスの利用を希望する者は、まず市町村から要介護認定を受ける必要がある。市町村に要介護認定の申請を行い、認定調査員等による訪問調査と主治医の意見書をもとに認定を行う。

要介護認定を受けた場合、自宅での介護を希望するのであれば、居宅介護支援事業者に依頼し、介護支援専門員（ケアマネジャー）にケアプランを作成してもらう必要がある（自分でケアプランを立てることも可能）。その後、ケアプランに則ってサービス事業者の介護サービスを受けることになる。また、要支援認定を受けた場合には、介護予防支援事業者（地域包括支援センターが兼ねている）にケアプランの作成を依頼する。

一方、要介護認定により要介護・要支援の認定がおりなかった場合にも、市町村が独自に給付を実施するサービスを受けることは可能である。



(出典) 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」を元に作成

④要介護認定と公的介護保険サービス

要介護認定においては、まず1次判定として「介護の手に係る審査判定」が行われる。下記表の「直接生活介助」「間接生活介助」等5分野の介護にどれだけの時間を要するかによって、要介護度の基準が定められている。この基準による結果をもとに、自立・要支援・要介護の認定が行われる。

さらに、介護認定審査会において行われる2次判定では、1次判定の結果と主治医の意見書をもとに最終判定がなされる。こうして、要介護認定が下されることになる。

要介護認定等基準時間の分類

直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じよく瘡の処置等の診療の補助

要介護認定の審査判定基準

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満である状態 またはこれに相当すると認められる状態
要支援2	要支援状態の継続見込期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減又は悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満、またはこれに相当すると認められる状態
要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態 またはこれに相当すると認められる状態
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満である状態 またはこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満である状態 またはこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満である状態 またはこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上である状態 またはこれに相当すると認められる状態

(出典)「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」を元に作成

なお、参考までに要支援・要介護の一般的な状態について下記に示す。

要介護度別の身体状態のめやす

		要介護認定等 基準時間	身体の状態(例)
要支援	1	25分以上 32分未満	要介護状態とは認められないが、社会的支援を必要とする状態 食事や排泄などほとんどひとりでできるが、立ち上がりや片足での立位保持などの動作に何らかの支えを必要とすることがある。入浴や排泄など、日常生活の一部に見守りや手助けが必要な場合がある。
	2	32分以上 50分未満	生活の一部について部分的に介護を必要とする状態 食事や排泄などほとんどひとりでできるが、時々介助が必要な場合がある。立ち上がりや歩行などに不安定さが見られることが多い。問題行動や理解の低下が見られることがある。この状態に該当する人のうち、適切な介護予防サービスの利用により、状態の維持や、改善が見込まれる人については要支援2と認定される。
要介護	1	50分以上 70分未満	軽度の介護を必要とする状態 食事や排泄に何らかの介助を必要とすることがある。立ち上がりや片足での立位保持、歩行などに何らかの支えが必要。洋服の着脱は何とかできる。物忘れや直前の行動の理解の一部に低下がみられる。
	2	70分以上 90分未満	中等度の介護を必要とする状態 食事や排泄に一部介助が必要。立ち上がりや片足での立位保持などがひとりでできず、入浴や洋服の着脱などに全面的な介助が必要。いくつかの問題行動や理解の低下がみられる。
	3	90分以上 110分未満	重度の介護を必要とする状態 食事にとまどき介助が必要で、排泄、入浴、洋服の着脱には全面的な介助が必要。立ち上がりや両足での立位保持がひとりでほとんどできない。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。
	4	110分以上	最重度の介護を必要とする状態 食事や排泄がひとりでできないなど、日常生活を遂行する能力は著しく低下している。歩行や両足での立位保持ほとんどできない。意思の伝達がほとんどできない場合が多い。
	5	110分以上	

(出典) 生命保険文化センター

公的介護保険の範囲内で受けられるサービスの種類は下記のとおり。なお、サービスは現物給付と定められている。

サービス等の種類

	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防短期入所療養介護 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 	<p>◎居宅サービス</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>【居宅サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 ○居宅療養管理指導 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護 ○通所リハビリテーション </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設
市町村が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防支援</p> <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護 	<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○小規模多機能型居宅介護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○認知症対応型共同生活介護 ○地域密着型特定施設入所者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
その他	○住宅改修	○住宅改修

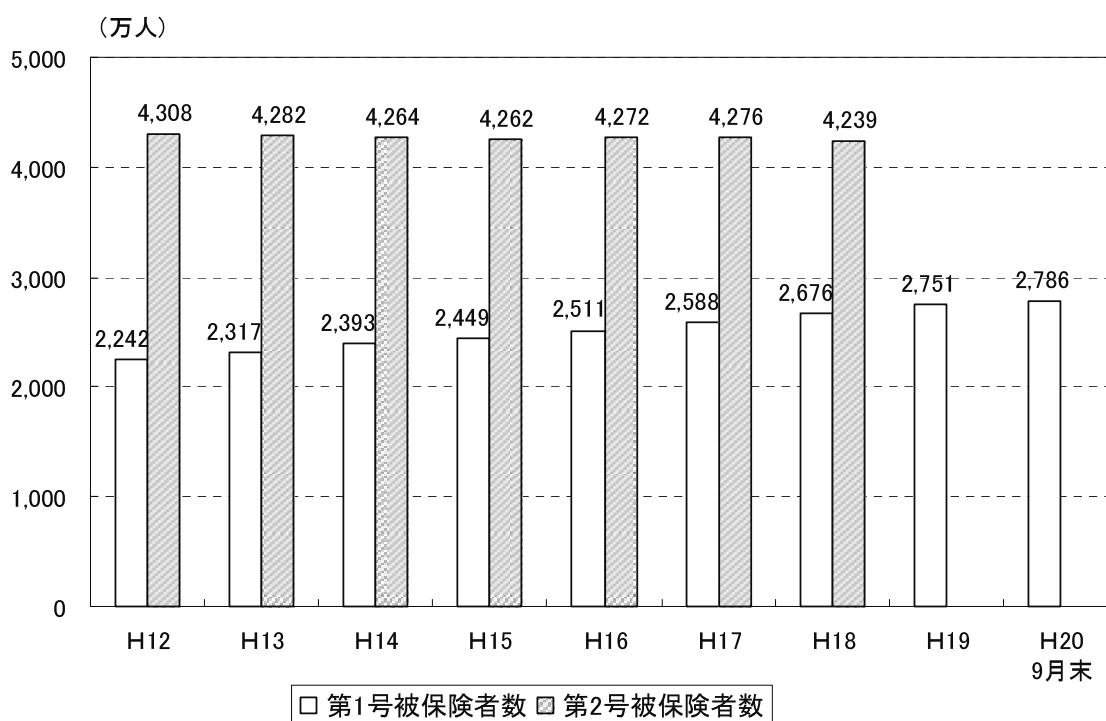
(出典) 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」を元に作成

2. 公的介護保険における利用実態

(1) 公的介護保険における被保険者・要介護者

公的介護保険における被保険者数は、第1号被保険者が約2,786万人(平成20年9月末現在)、第2号被保険者が約4,239万人(平成18年度現在)となっている。第2号被保険者数は一定水準で推移している一方、第1号被保険者数、すなわち65歳以上の人数は年々微増傾向にある。

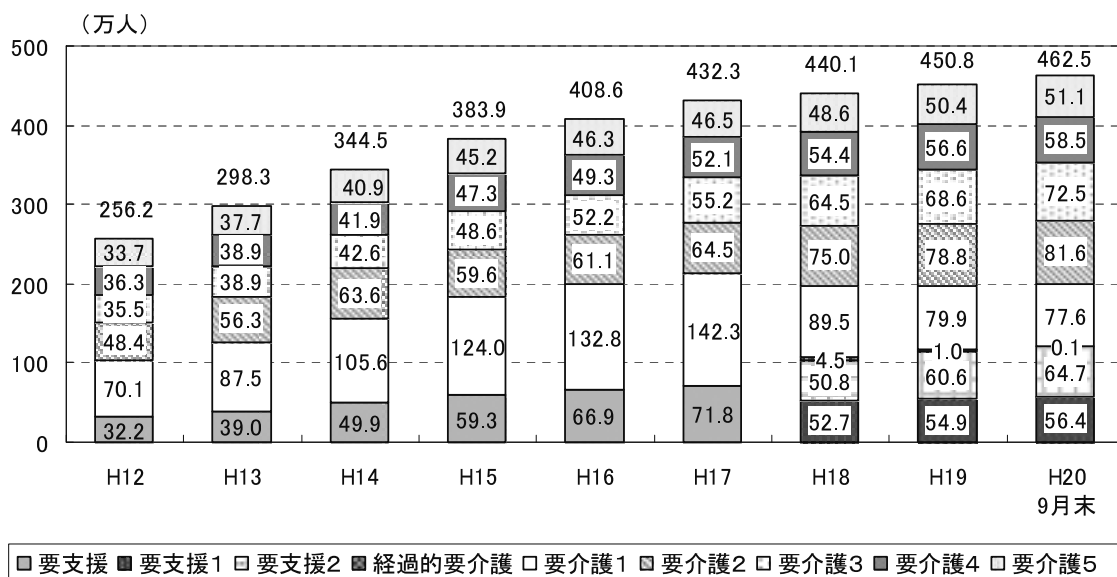
公的介護における被保険者数



(出典) 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、社会保険診療報酬支払基金「第2号被保険者等報告書」

一方で、要介護認定を受けた要介護者・要支援者数は急増しており、平成 20 年 9 月末には 460 万人に達している。制度が施行された平成 12 年から法改正の平成 17 年までの 6 年間で、特に要支援と要介護 1 の軽度の認定者数が急激に伸びていることがわかる。

要介護度別認定者数の年次推移

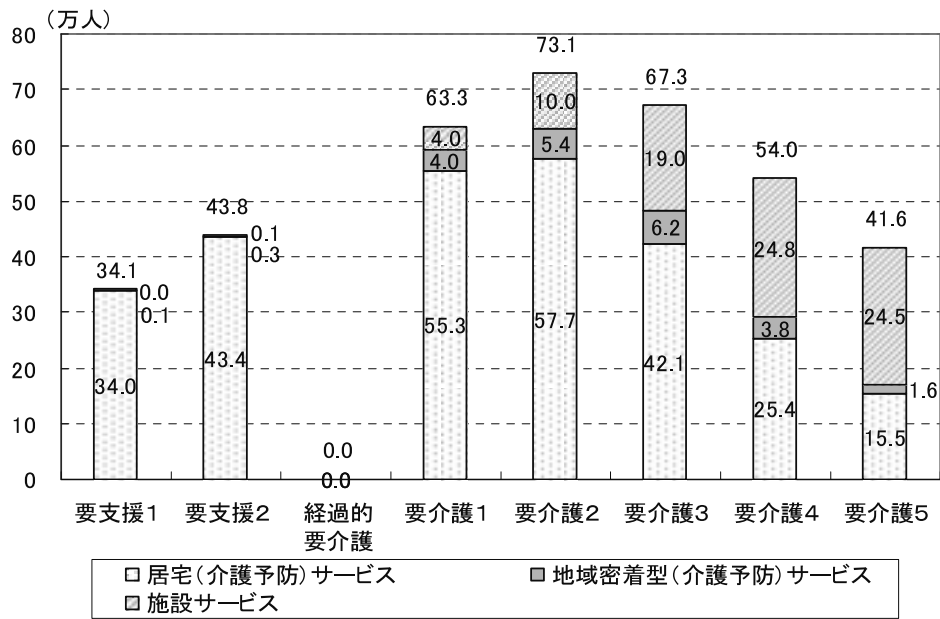


(出典) 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、「介護保険事業状況報告（平成 20 年 9 月暫定版）」
 注 1) 平成 20 年のみ 9 月末現在。
 注 2) 経過的要介護とは、平成 18 年 4 月の改正前に要支援と認定されていた者で、4 月以降に更新されるまでの間の区分をいう。

居宅（介護予防）サービスおよび施設サービスの受給者数について、介護サービス受給人数の内訳をサービス別にみると、7 割以上が居宅サービス（約 273.7 万人）、2 割強が施設サービス（約 82.5 万人）、残りが地域密着型サービス（約 21.4 万人）となっている。

一方、サービスの受給者数について要介護度別にみると、要介護 2 が最も多く約 73.1 万人となっている。また、要介護度別にみたサービスの種類は、要介護度が上がるほど施設サービスの占める割合が増加していく傾向にあり、要介護 5 では約 6 割が施設サービスとなっている。

居宅(介護予防)サービスおよび施設サービスの要介護度別受給者数
(平成20年7月サービス分)



(注) 第1号被保険者と第2号被保険者の合計

(出典) 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告(平成20年9月暫定版)」

3. 公的介護保険をとりまくシルバーサービス市場

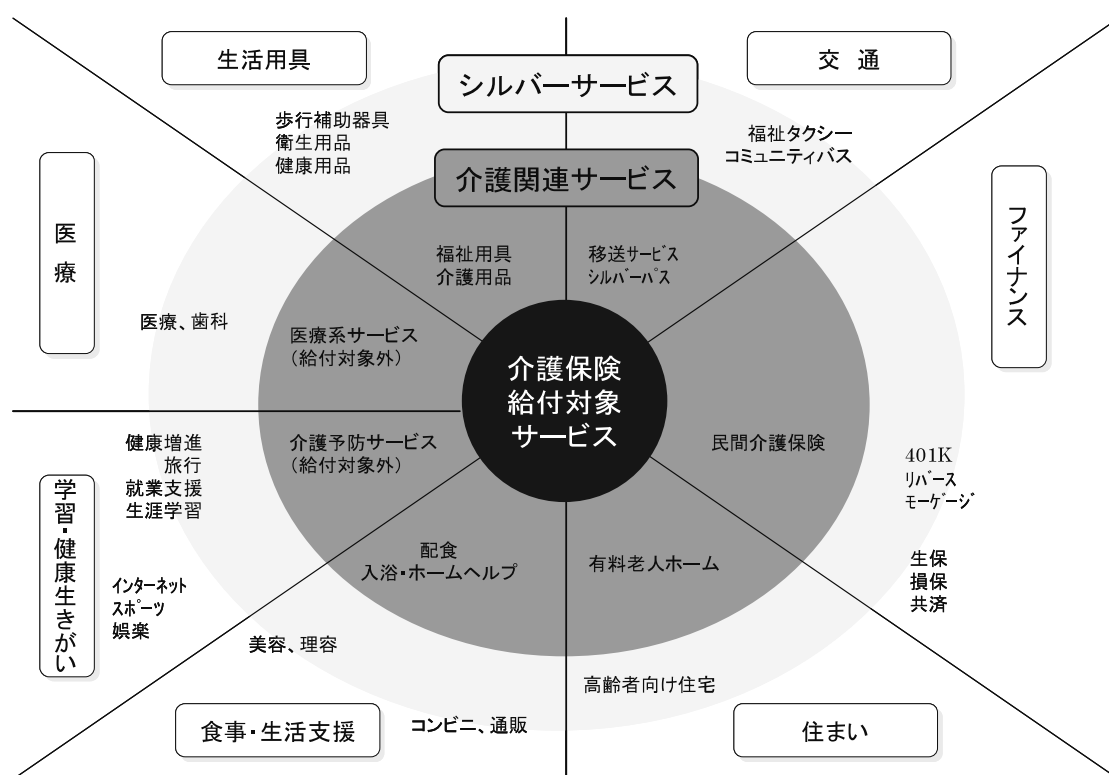
(1) シルバーサービス市場

広義のシルバーサービスとは、シルバー世代を対象としたサービスの総称であるが、その内容について介護を軸に整理すると、「介護保険給付対象サービス」「介護関連サービス」「シルバーサービス」に大別できる。

公的介護保険によって賄われるのは中央の「介護保険給付対象サービス」であり、公的サービスの部分である。一方、「介護関連サービス」「シルバーサービス」は自己負担によって賄われるものである。

広義のシルバーサービスは、生活用具や交通、医療等多様な領域に関連しており、その中でも民間介護保険は「介護関連サービス」の「ファイナンス」領域のサービスと位置づけることができる。

シルバーサービス市場の概観



(出典) シルバーサービス振興会作成

「介護保険給付対象サービス」とは、前述の居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスが該当するものであり、社会保険によって担われるセーフティネットとしての機能をもつものである。公的介護保険制度であるためにサービスには指定基準が設けられており、サービス提供においてはその安定的供給が優先事項とされている。

「介護関連サービス」とは、一般的に公的介護保険における上乘せ・横出しサービス等が該当する。上乘せサービスとは、公的介護保険の支給限度額を上回るサービス（たとえば、訪問介護の回数を増やす）であり、横出しサービスとは公的介護保険ではなく市町村が独自に定めたサービス（たとえば、配食サービス等）であり、公的介護保険を補完するものとして位置づけられる（詳細は後述）。サービスの安定的供給を目指すという点では公的介護保険のサービスと同様であるが、大きな違いは、介護関連サービスでは公的給付がなく全額自己負担となる点である。

とはいえ、介護関連サービスが担うのは、公的に整備された最低限のセーフティネットの周辺領域であり、必ずしも「贅沢」なサービスではなく、むしろ要介護者の自立を促進し尊厳ある生活を送るために必要なサービスであることが多い。

一方、狭義の「シルバーサービス」は、より広範に、シニア層の生活の質を向上させるためのサービスである。直接介護に関わらないサービスであっても、生活を豊かにするために必要なものとして位置づけられる。これは、全額自己負担となるだけでなく、市場において提供される「商品」であり、消費者であるシルバー世代に選択されるものである。したがって、事業者の収益性が優先され、市場原理によって淘汰されるサービスもあることが特徴となる。

（２）民間介護保険の位置づけ

シルバーサービス市場において、前述のように民間介護保険は「介護関連サービス」の「ファイナンス」領域に相当するものとして位置づけることが可能である。民間で介護保険を提供しているのは、生命保険会社、損害保険会社、共済等であり、公的介護保険とは違い保険金を給付する仕組みである（現物給付は不可）。

したがって、現金が給付される民間介護保険は、それ自体が介護関連サービスであると同時に、他の介護関連サービス（あるいは狭義のシルバーサービス）を担保する資金となることが特徴である。そうすると、民間介護保険の利用が伸びることによって、公的介護保険の不足分を補完することになるだけでなく、他の介護関連サービス等の利用を促進することにもつながるため、要介護者にとっての生活の質を確保するだけでなく、市場全体の活性化にも資するものといえる。

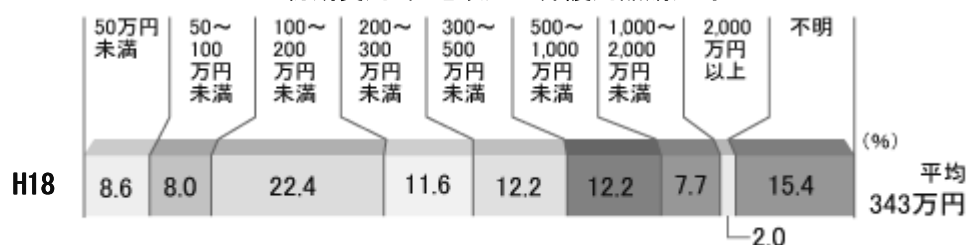
(3) 介護に関わる個人の費用負担

生命保険文化センターが平成18年度に実施した「生命保険に関する全国実態調査」では、世帯主や配偶者が要介護状態となった場合に必要と考える費用について、民間生命保険の加入者を対象にして調査を行っている。

この調査で、初期費用に必要な額の回答の平均は343万円となっている。また、分布をみると「100～200万円未満」が最も多く22.4%である。要介護状態になった際には住宅改修や福祉用具の購入が必要となるため、ある程度のまとまった額の費用が必要となると考えられる。

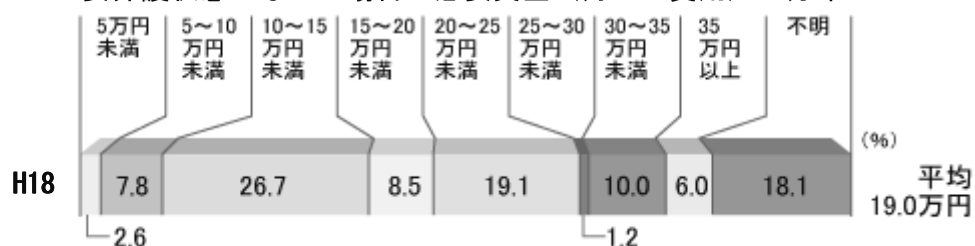
要介護状態となった場合の必要資金（初期費用）の分布

※初期費用:住宅改修や介護用品購入等



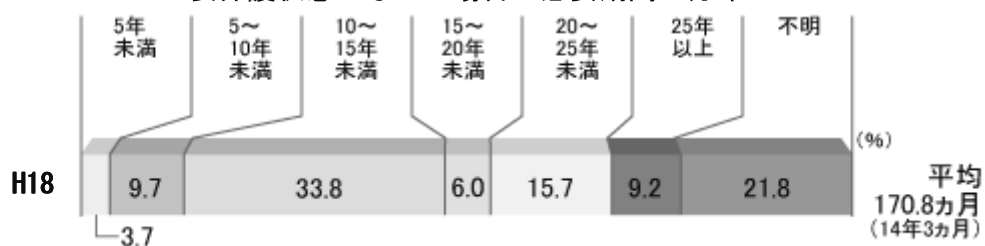
月々の費用に必要な額の平均をみると、19万円となっている。また、分布をみると「10～15万円未満」が最も多く26.7%である。月に30万円以上必要と回答した割合も16%に上り、要介護状態の度合いにもよるものの毎月高額な出費が必要とされることがわかる。

要介護状態となった場合の必要資金（月々の費用）の分布

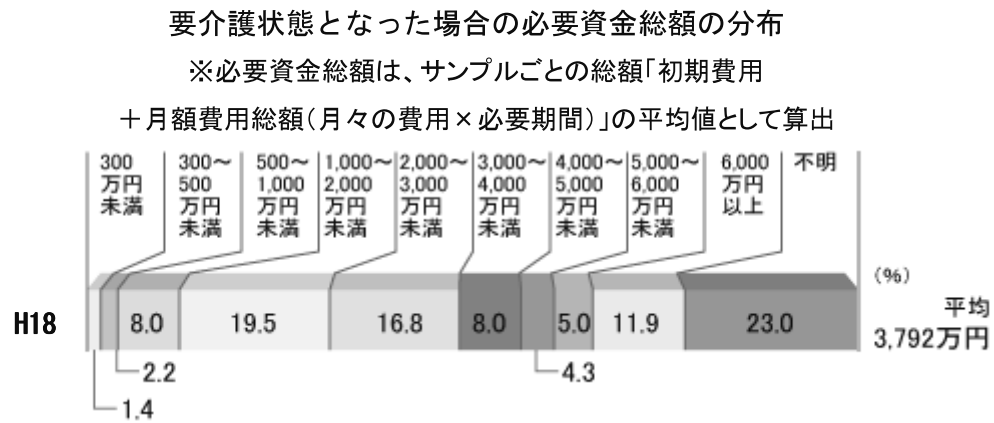


一方、要介護状態の継続期間であるが、結果では最も多い割合が「10～15年未満」の33.8%、平均が14年3ヶ月となっており、一般に介護は長期化することがわかる。

要介護状態となった場合の必要期間の分布



上記 3 つの結果から、介護費用の総額として必要資金と必要期間を掛け合わせると、最も多い割合が「1,000～2,000 万円未満」の 19.5%、平均して一人の介護に 3,792 万円必要との結果が出ている。6,000 万円以上必要と計算された割合も 11.9%に上る。



(出典) 生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査」(平成18年度)

次に、実際に公的介護保険において支払われる給付がどの程度かを確認する。要介護状態によって異なるが、公的介護保険サービスの支給限度額を見ると、最も軽度な要支援1で月に49,700円、最も重度な要介護5で月に358,300円分のサービスが支給される。このうちの1割が自己負担分である。

在宅サービスの支給限度額と利用のめやす

要介護度	支給限度額 (1ヵ月あたり)	利用できる在宅サービスのめやす
要支援1	49,700円	週2～3回のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週1回の介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ◎ 介護予防通所介護 または通所リハビリテーション(介護予防通所系サービス) ◎ 月2回の施設への短期入所
要支援2	104,000円	週3～4回のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週2回の介護予防訪問介護 ◎ 介護予防通所系サービス ◎ 月2回の施設への短期入所 ◎ 福祉用具貸与(歩行補助つえ)
要介護1	165,800円	1日1回程度のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週3回の訪問介護 ◎ 週1回の訪問看護 ◎ 週2回の通所系サービス ◎ 3ヵ月に1週間程度の短期入所 ◎ 福祉用具貸与(歩行補助つえ)
要介護2	194,800円	1日1～2回程度のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週3回の訪問介護 ◎ 週1回の訪問看護 ◎ 週3回の通所系サービス ◎ 3ヵ月に1週間程度の短期入所 ◎ 福祉用具貸与(認知症老人徘徊感知機器)
要介護3	267,500円	1日2回程度のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週2回の訪問介護 ◎ 週1回の訪問看護 ◎ 週3回の通所系サービス ◎ 毎日1回夜間の巡回型訪問介護 ◎ 2ヵ月に1週間程度の短期入所 ◎ 福祉用具貸与(車イス、特殊寝台)
要介護4	306,000円	1日2～3回程度のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週6回の訪問介護 ◎ 週2回の訪問看護 ◎ 週1回の通所系サービス ◎ 毎日1回、夜間の巡回型訪問介護 ◎ 2ヵ月に1週間程度の短期入所 ◎ 福祉用具貸与(車イス、特殊寝台)
要介護5	358,300円	1日3～4回程度のサービス
		<ul style="list-style-type: none"> ◎ 週5回の訪問介護 ◎ 週2回の訪問看護 ◎ 週1回の通所系サービス ◎ 毎日2回、早朝・夜間の巡回型訪問介護 ◎ 1ヵ月に1週間程度の短期入所 ◎ 福祉用具貸与(特殊寝台、エアーマットなど)

(出典) 生命保険文化センター

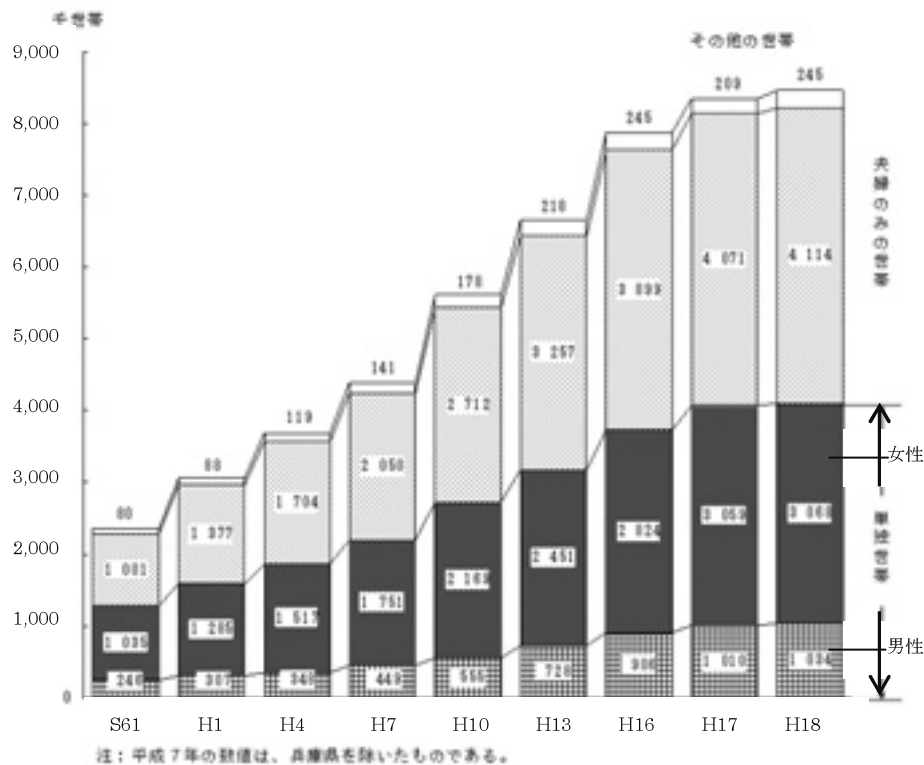
(4) 世帯構造からみた公的介護保険の現状

世帯構造から公的介護保険の状況について確認する。

まず、65歳以上の者のいる世帯数はこの10年間で急激に上昇しており、平成18年現在で1,800万世帯を超えている。65歳以上の者のみの世帯数についても増加傾向にあり、要介護状態になった際の介護者は家族だけには期待しがたいことがわかる。

次に、高齢者世帯について世帯構造別にみると、男性の単独世帯、夫婦のみの世帯の増加率が大きくなっている。また、平成 18 年現在、男性の単独世帯は約 103 万世帯、女性のみの単独世帯は約 307 万世帯、夫婦のみの世帯は約 411 万世帯であり、夫婦のみの世帯、女性の単独世帯が多いことがわかる。

世帯構造別にみた高齢者世帯数の年次推移

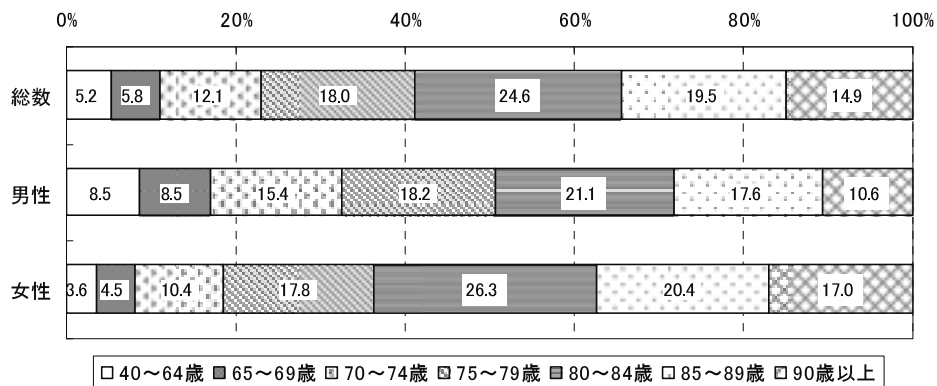


(注)「高齢者世帯」とは、65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の者が加わった世帯である。

(出典) 厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(平成18年)

ここで、要介護者を性別・年齢別に見てみると、要介護者の年齢階級は「80～84歳」が最も多く24.6%となっている。また、性別で見ると、男性の方が女性よりも若年の要介護者等の比率が高くなっている。これは女性の平均寿命が高いために、高齢の要介護者が男性よりも多いことによる。

性・年齢階級別にみた要介護者等の構成割合



(注) 「総数」には年齢不詳を含む。

(出典) 厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(平成16年)

最後に、世帯構造別に居宅サービス利用(在宅での介護)の状況をみてみると、他の構造に比べて単独世帯での利用率が高いことがわかる。また、サービスの内容を見ると、短期入所サービスは三世帯世帯で多い、配食サービスは単独世帯・高齢者世帯で多い等、その世帯構造によって必要とするサービス内容が異なっていることがわかる。

世帯構造別にみた居宅サービスの利用状況別構成割合

(単位 %)

	総数	単独世帯	核家族世帯	(再掲)夫婦のみの世帯	三世帯世帯	その他の世帯	(再掲)高齢者世帯
利用した	73.1	86.9	68.2	69.9	70.3	72.1	77.8
訪問系のサービス 1)	54.2	75.0	53.2	54.0	46.5	47.1	62.8
通所系のサービス 2)	38.9	29.3	31.5	29.6	47.6	47.0	30.4
短期入所サービス 3)	10.0	3.4	5.9	6.3	14.8	16.0	6.1
配食サービス	6.7	15.9	8.2	9.0	1.7	3.1	12.1
外出支援サービス	3.4	4.5	4.0	4.2	3.2	2.0	4.0
寝具類等洗濯乾燥消毒サービス	1.5	3.0	2.2	2.5	0.6	0.2	2.6
利用しなかった	26.9	13.1	31.8	30.1	29.7	27.9	22.2

(注1) 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を含む。

(注2) 通所介護, 通所リハビリテーションを含む。

(注3) 短期入所生活介護, 短期入所療養介護を含む。

(出典) 厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(平成16年)

4. 介護事業者における保険外サービスの実態

(1) 保険外サービスの内容

ここで、公的介護保険の保険外サービス、すなわち上乗せ・横出しサービスの実態について考えるために、サービスの内容を簡単に押さえておく。

上乗せサービスとは、市町村の条例によって支給限度基準額を上回る額を支給限度額として設定したものであり、サービスの内容は公的介護保険で保障される内容と変わらない。例として、訪問介護の回数を支給限度額内の3回から5回に増加させる場合、限度額を超えた2回分が上乗せサービスになる。

対して、横出しサービスとは、保険給付の対象外のサービスを市町村独自の保険給付として実施するものであり、サービスの内容自体が公的介護保険で保証されていないものである。例として、給食サービス、移送サービス、理髪サービス等であり、これらは主に要介護者の生活の質を担保するためのサービスと位置づけることができる。

上乗せ・横出しサービスは、公的介護保険の対象外のサービスであるため、これらのサービスを受ける場合には全額を自己負担しなければならない。

(2) 保険外サービスの適用状況具体例

保険外サービスを利用する状況を具体的に考えるために、一つの例を想定する。公的介護保険適用サービスのみの場合と、保険外サービス（上乗せ・横出しサービス）も併用した場合を比較し費用の差異を検討する。

①公的介護保険適用サービスのみの場合

【介護の概要】60歳代女性の介護について

【要介護度】

要介護5：アルツハイマー型認知症

- ・移動：車イスの全介助
- ・食事：半介助
- ・排泄：ベッドの上での全介助

【家族介助者】

- ・夫、娘（週1日）

【作成したケアプラン】

- ①1日2回の就寝前後（早朝・夜間）の身体介護（巡回型）：洗面や口腔ケア等
- ②1日2回の身体介護（巡回型）：排泄介助（おむつ交換）
- ③週1回の糖尿病管理、全身状態のチェック（訪問看護ステーションから）
- ④週1回の訪問入浴
- ⑤福祉用具貸与：車イス、特殊寝台
- ⑥住宅改修：玄関スロープ、段差解消等

このケアプランの実施にあたっては、別居している娘が週に一度宿泊して介護支援することとなっている。

1週間のケアプランと費用内訳

	月	火	水	木	金	土	日
午前	①	訪問介護: 30分未満				↑ (土曜朝、日曜朝は、娘が宿泊して対応)	↓
	②	訪問介護: 30分未満		③ 訪問看護: 1時間未満	② 訪問介護: 30分未満		
午後		④ 訪問入浴					② 訪問介護: 30分未満
	②	訪問介護: 30分未満					② 訪問介護: 30分未満
夜間	①	訪問介護: 30分未満					① 訪問介護: 30分未満

●1ヶ月の自己負担

①訪問介護(早朝・夜間) 週11回/月48回として	2,310円 × 1.25 × 48回 = <u>138,720円</u> (↑早朝・夜間加算)
②訪問介護 週11回/月48回として	2,310円 × 48回 = <u>110,880円</u>
③訪問看護 週1回/月4回として	8,300円 × 4回 = <u>33,200円</u>
④訪問入浴 週1回/月4回として	12,500円 × 4回 = <u>50,000円</u>
⑤福祉用具貸与	<u>16,000円</u>
合計	348,800円 ※限度額358,300円の範囲内
介護保険からの給付	313,920円(上記合計の9割)
自己負担	34,880円(上記合計の1割)

●住宅改修費用

⑥総額	200,000円
介護保険からの給付	180,000円(上記総額の9割)
自己負担	20,000円(上記総額の1割)

(出典) 生命保険文化センター『介護保障ガイド』2006年9月改訂版を元に作成

公的介護保険適用内のサービスのみ利用した場合、費用総額は 348,800 円、自己負担額はそのうちの 1 割にあたる 34,880 円となる。

②公的介護保険外サービスの併用の場合

では、上記の事例において、「週 1 回の娘による介護」が難しい場合はどうか。

【要介護度】
 要介護 5：アルツハイマー型認知症
 ・ 移動：車イスの全介助
 ・ 食事：半介助
 ・ 排泄：ベッドの上での全介助

【家族介助者】
 ・ 夫のみ

【作成したケアプラン】
 ① 1日2回の就寝前後（早朝・夜間）の身体介護（巡回型）：洗面や口腔ケア等
 ② 1日2回の身体介護（巡回型）：排泄介助（おむつ交換）
 ③ 週1回の糖尿病管理、全身状態のチェック（訪問看護ステーションから）
 ④ 週2回の訪問入浴
 ⑤ 福祉用具貸与：車イス、特殊寝台
 ⑥ 住宅改修：玄関スロープ、段差解消等

1 週間のケアプランと費用内訳

	月	火	水	木	金	土	日
午前	① 訪問介護: 30分未満						
	② 訪問介護: 30分未満			③ 訪問看護: 1時間未満	②	② 訪問介護: 30分未満	
午後		④ 訪問入浴				④ 訪問入浴	
	②						
（夜間）	①						

追加分

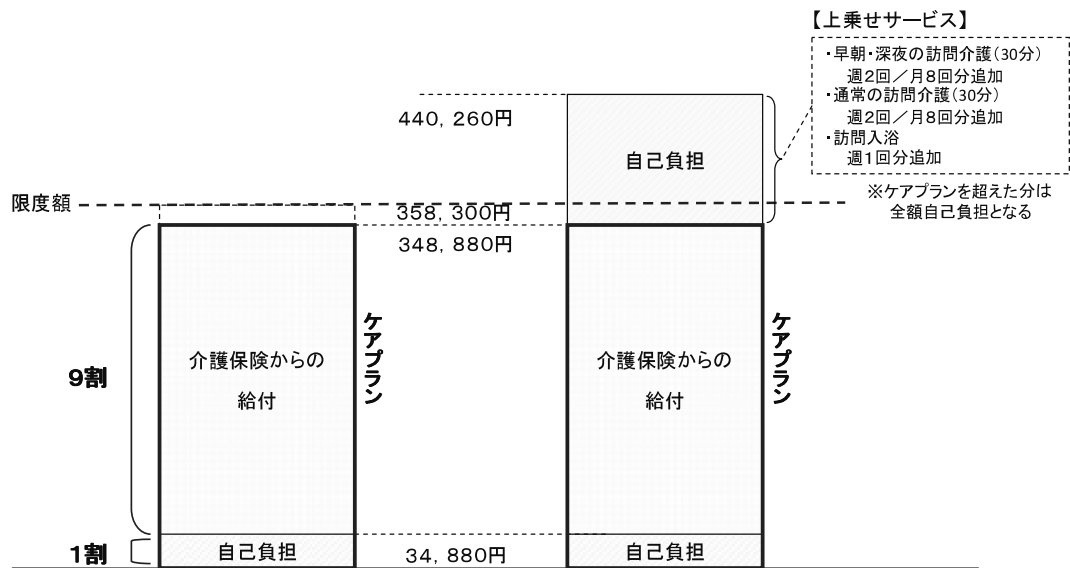
●1ヶ月の自己負担	
①訪問介護(早朝・夜間) 週13回／月56回として	2,310円 × 1.25 × 56回 = <u>161,700円</u> (↑早朝・夜間加算)
②訪問介護 週13回／月56回として	2,310円 × 56回 = <u>110,880円</u>
③訪問看護 週1回／月4回として	8,300円 × 4回 = <u>33,200円</u>
④訪問入浴 週2回／月8回として	12,500円 × 8回 = <u>100,000円</u>
⑤福祉用具貸与	<u>16,000円</u>
合計	440,260円 ※限度額358,300円の範囲外
介護保険からの給付	313,920円(ケアプラン合計額の9割)
自己負担	126,340円(上記合計の1割)
●住宅改修費用	
⑥ 総額	200,000円
介護保険からの給付	180,000円(上記総額の9割)
自己負担	20,000円(上記総額の1割)

(出典) 生命保険文化センター『介護保障ガイド』2006年9月改訂版を元に作成

公的介護保険適用外のサービスを利用した場合、費用総額は440,260円、自己負担額は、費用総額から公的介護保険適用内サービスの9割分を差し引いた126,340円となる。なお、公的介護保険の保険金として給付されるのは、支給限度額内で作成されたケアプランにおけるサービスのみが対象であり、支給限度額内であっても上乘せ・横出しサービスを利用すると全額自己負担となる。

③自己負担額比較

上記①平日と同様のサービスを土曜1日分追加しただけで、自己負担額は34,880円から126,340円へ3.6倍に増加することになる。公的介護保険適用サービスのうち1割のみ負担すればよい公的介護保険は、その保障内容については手厚いものといえるが、利用者や介護者にとってより柔軟に介護サービスを提供しようとした場合には利用者側の負担は決して小さくはないことがわかる。



① 家族介護時		② 介護サービス活用時	
【自己負担額】	ケアプラン内の1割	34,880円	・ケアプラン内の1割 34,880円 ・ケアプラン外全額 91,380円
			計 126,260円

(出典) シルバーサービス振興会作成

5. 介護保障に対する人々の意識

本節では、生命保険文化センターによる「平成 19 年度生活保障に関する調査」をもとに、介護保障等に対する人々の意識と実態について整理を行う。

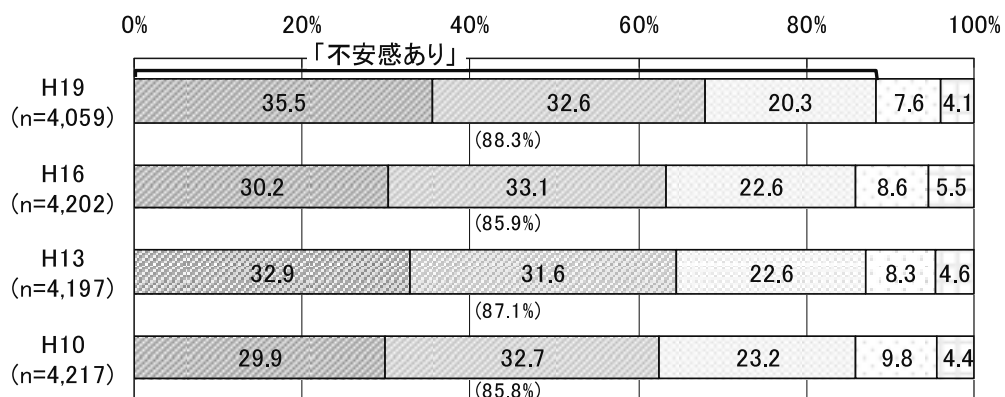
「生活保障に関する調査」概要

- 調査地域・対象者：全国 400 地点、18～69 歳の男女個人（層化 2 段階無作為抽出）
 - 調査方法：面接聴取法
 - 調査時期：平成 19 年 4 月 21 日～6 月 17 日
 - 回収サンプル：4,059
- ※昭和 62 年からの継続調査

(1) 介護に対する不安意識

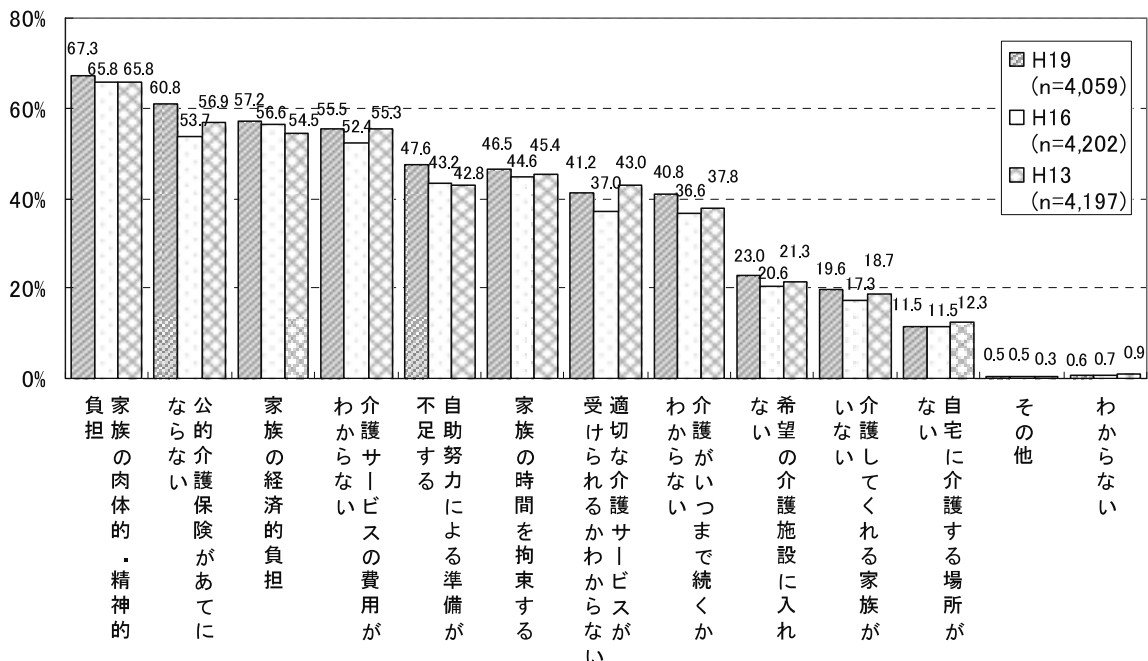
介護に対する不安については、不安意識を持つ割合が圧倒的に多く、特に平成 19 年調査では「非常に不安を感じる」と回答した割合が 35.5% と 3 分の 1 を超え過去最高となっている。また、その理由に関しては、自分の介護を担うことになる家族の肉体的・精神的負担はもちろんのこと、経済的負担に対しても大きな不安を覚えている。また、「公的介護保険があてにならない」との回答も多く、家族の負担に対する不安の背景には公的介護保険への潜在的な不安感も存在していることがうかがえる。

自分の介護に対する不安の有無



非常に不安を感じる
 不安を感じる
 少し不安を感じる
 不安感なし
 わからない

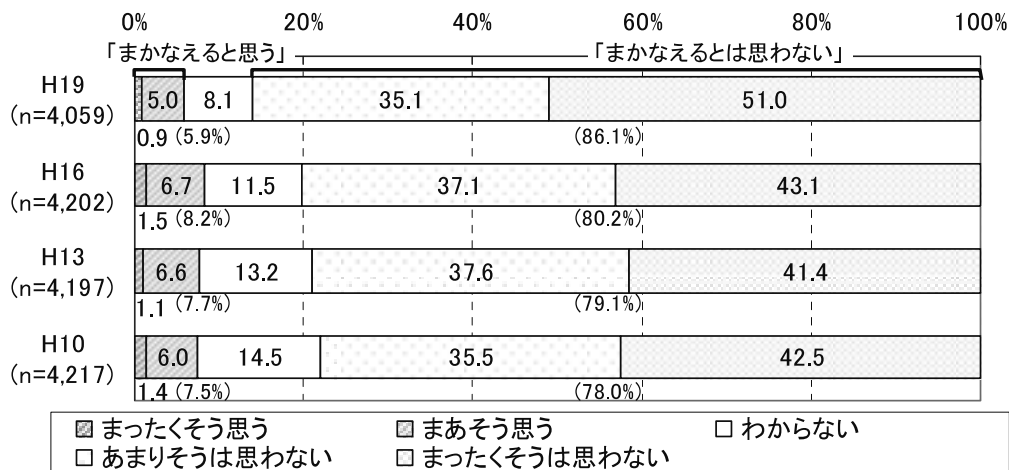
自分の介護に対する不安の内容



(2) 公的介護保険に対する考え方・評価

公的介護保険に対しては、「自分が将来寝たきりや認知症になった場合の費用は、公的介護保険で大部分まかなえる」との質問に対して、「まかなえると思う」と回答した割合が年々減少してきており、平成19年には5.9%と極めて低い数値にとどまっている。一方、「まかなえるとは思わない」との回答が86.1%を占めている。特に、「まったくそうは思わない」の回答が51.0%と半数を超えており、公的介護保険だけでは自分の介護費用はまかなえないとの考えが一般的であるといえる。

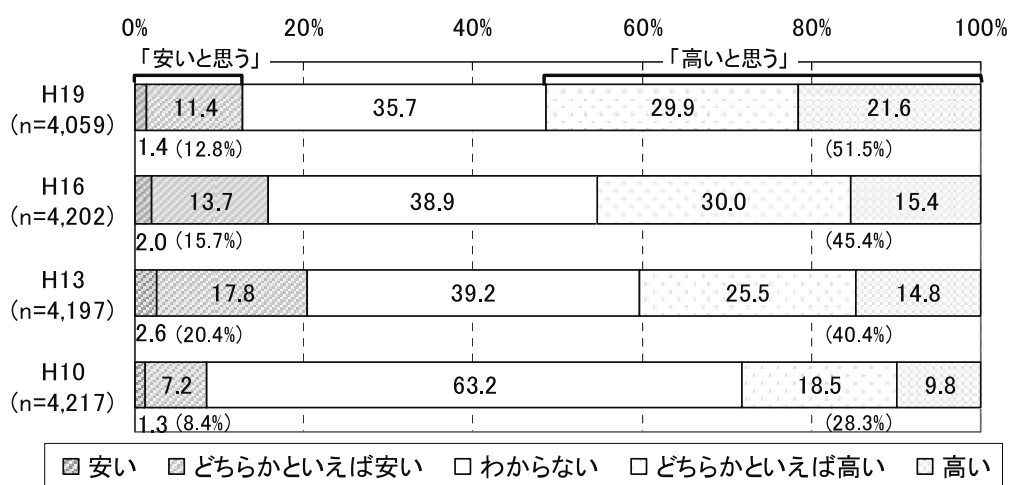
公的介護保険に対する考え方



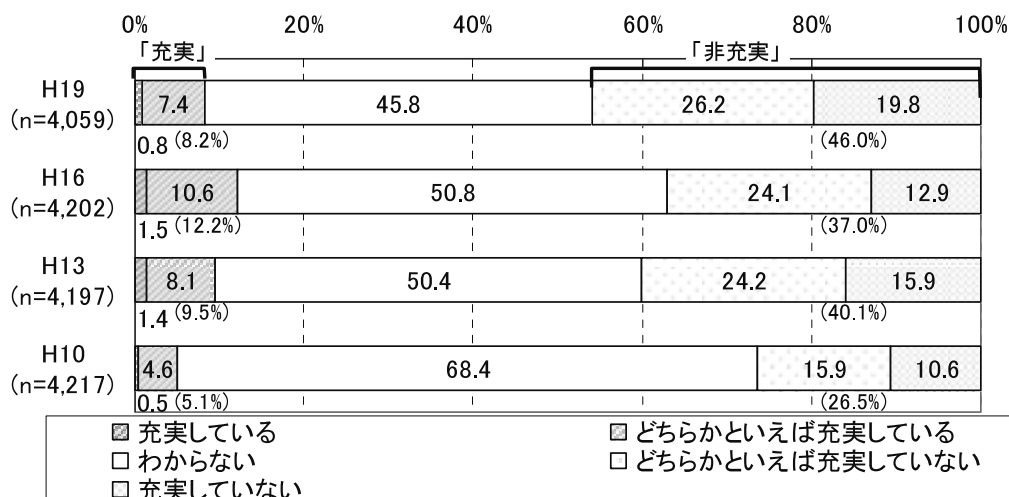
また、公的介護保険の保険料に対する評価は、「安いと思う」が12.8%、「高いと思う」が51.5%

となっており、「高い」と評価する割合が過半数に達している。この結果については、保険料自体が絶対的に「高い」と捉えられているとも、あるいは内容に照らして相対的に「高い」と捉えられているとも解釈できる。一方で、給付内容に対する評価については「非充実」が46.0%となっており、「保険料が高い上に、内容も充実していない」と評価されているとの解釈が可能であろう。

公的介護保険の保険料に対する評価



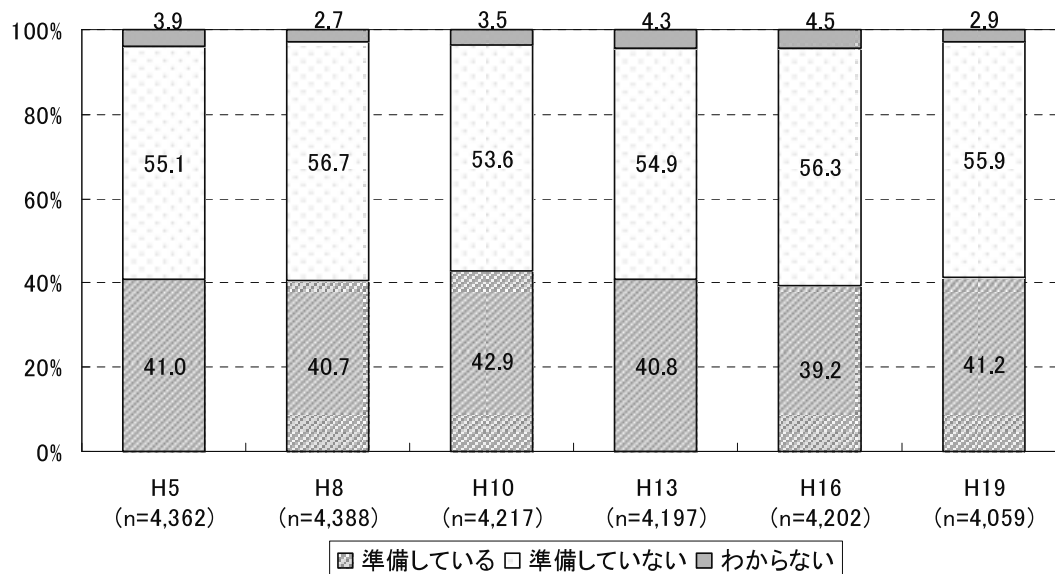
公的介護保険の給付内容に対する評価



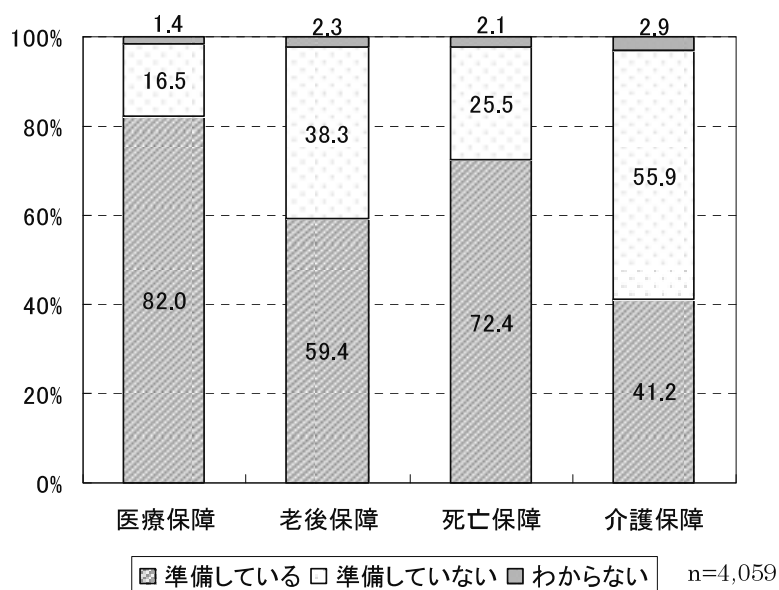
(3) 介護保障に対する私的準備状況

上記のように、多くの人々が介護や公的介護保険への不安感を抱えているものの、実際の介護保障に対する私的準備は必ずしも進んでいるとは言えない。将来における自身の要介護状態に備えて経済的な準備をしているかとの質問に対して、平成5年の調査以降、介護保障に対する私的準備をしているとの回答は常に40%前後で推移しており、準備していないとの回答を下回っている。また、他の保障に比較すると、「準備していない」の回答の割合が顕著に高いことがわかる。私的準備をしている割合は、医療保障、死亡保障、老後保障、介護保障の順に高くなっており、介護保障の優先度は生活保障の中でも低いといえる。

介護保障に対する私的準備の有無

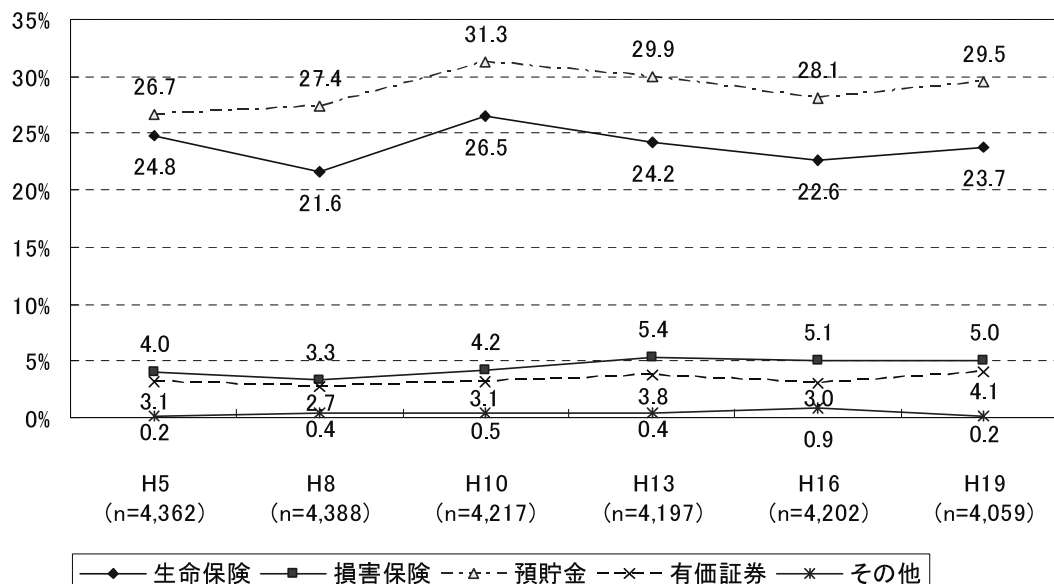


生活保障に対する私的準備の有無 (H19)



なお、介護保障に対する私的準備としては、平成5年以降、預貯金の割合が一番高く30%前後、次いで生命保険が25%前後で推移しており、この二者が主要な手段となっている。一方、損害保険や有価証券の割合は低い。私的準備をしている41.2%のうち、約7割にあたる29.5%が預貯金であることから、介護に特化した費用の準備を行っているわけではないことがわかる。

介護保障に対する私的準備状況（複数回答）

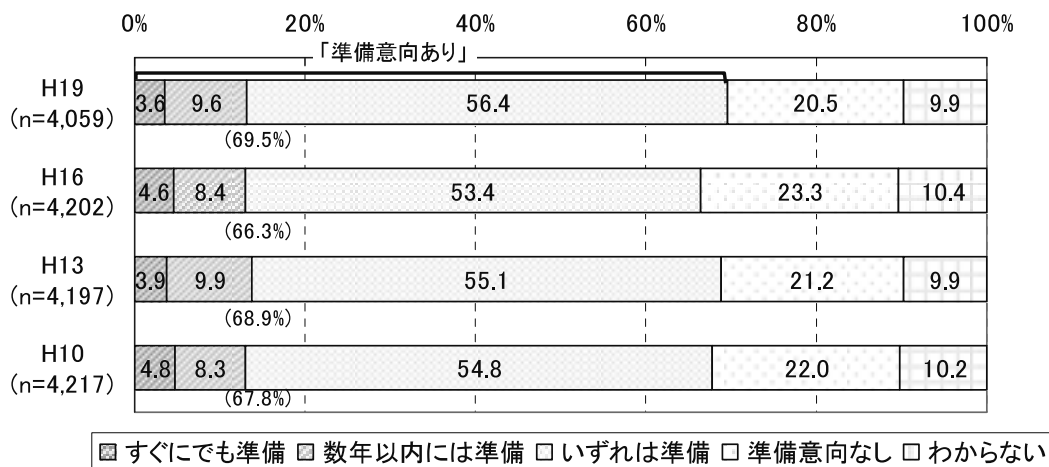


(4) 介護保障に対する今後の準備意向

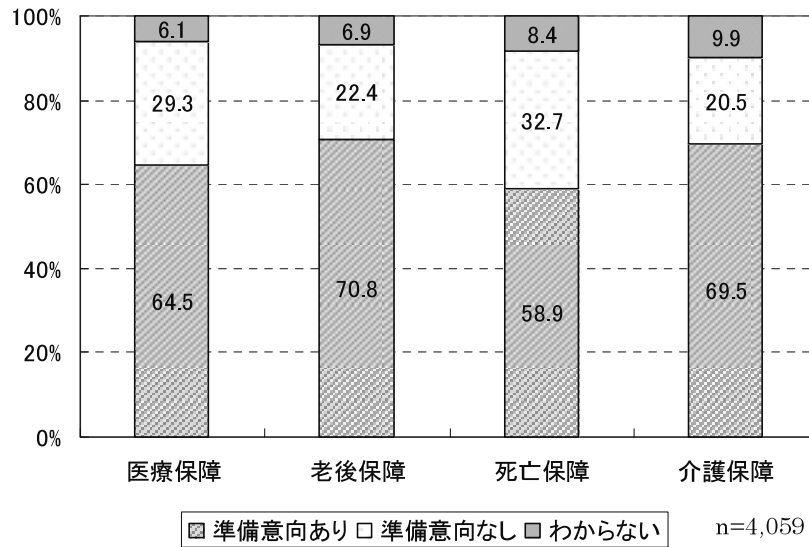
上記のように、現状では介護保障に対する私的準備状況は他の保障に比較して低い割合にとどまっていたが、今後の意向については前向きな傾向がみられる。

今後新たに経済的な準備をしたいかとの質問に対して、準備したいとの回答は7割弱となっており、また、他の保障との比較においても高い数値となっている。現状において準備をしている医療保障、死亡保障だけでなく、老後保障、介護保障にも費用を割いていきたいとの意向が読み取れる。

介護保障に対する今後の準備意向



生活保障に対する今後の準備意向 (H19)

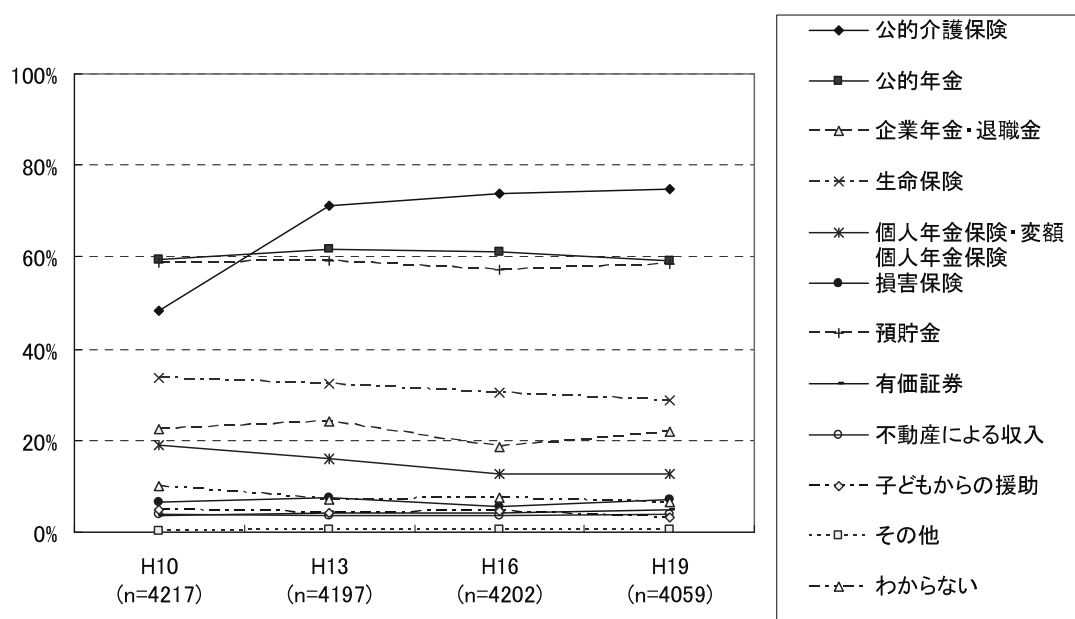


ただし、介護の資金をまかなう手段としては、公的介護保険制度が私的準備に優先して想定されている。公的介護保険が74.9%、公的年金が59%となっており、多くが公的介護保険制度に対して保障を期待していることがわかる。一方、私的準備としては、預貯金が58.5%と公的年金と同程度であるものの、保険や有価証券その他の項目を想定する割合は総じて低く、介護に特化した手段で介護費用をまかなうことはあまり想定されていない。

介護の資金をまかなう手段（複数回答）

（複数回答、単位：％）

	公的介護保険	公的年金	企業年金・退職金	生命保険	変額個人年金保険・個人年金保険	損害保険	預貯金	有価証券	不動産による収入	子どもからの援助	その他	わからない
H19(n=4,059)	74.9	59.0	21.9	28.9	12.8	7.3	58.5	4.8	4.0	3.4	0.6	6.4
H16(n=4,202)	73.7	61.0	18.5	30.4	12.8	5.7	57.2	4.1	3.6	4.7	0.5	7.6
H13(n=4,197)	71.2	61.9	24.1	32.5	15.9	7.4	59.0	4.2	3.5	4.2	0.5	7.3
H10(n=4,217)	48.3	59.6	22.4	33.7	18.8	6.4	58.9	3.7	4.0	4.9	0.4	10.1



（5）介護保障に対する人々の意識

これらのデータから、次のようなことが言える。すなわち、多くの人々が介護に対して、公的介護保険だけでは十分な介護が受けられないのではないかと不安を抱えているにもかかわらず、実際に介護費用の私的準備は進んでおらず、他の生活保障への費用準備が優先されている。今後の意向としても、介護保障の準備については積極的な意向が見られるものの、いざ要介護状態になった場合には公的介護保険制度による資金でまかなうことが想定されている。また、実際に私的準備を行っている人でも、預貯金等による充当を想定していることが多く、介護保障に特化した準備が行われているわけではない。この点は、今後の意向についても同様である。

6. 介護事業者における個別状況調査

(1) 介護事業者における個別状況調査の概要

調査対象		費用	一時金	月額料金
エイジフリー・ライフ 星が丘	介護付有料老人ホーム	高	約 3,000 万円	約 25 万円 + 医療費、1 割負担、生活サービス等
ライフ&シニアハウス 日暮里	介護付有料老人ホーム (自立型施設併設)	中～高	1,600～2,300 万円	約 18 万円 + 医療費、介護費用等
(参考)日本介護支援 専門員協会	ケアマネジャー対象の 職能団体	—	—	—

(2) 介護事業者における個別状況調査のまとめ

①共通点

- ・ 入居者の支払う費用は、入居者本人がこれまで貯めてきた資産であり、それらを取り崩してまかなっている。
- ・ 月額料金以外で別途必要となるサービスの内容は、主に入居者個々人に対する決め細やかな個別対応サービスである。また、その費用の内容はほぼ人件費分である。
- ・ 利用者のニーズとして高いのは、主に外出や外食を伴う行動への介助である。介護・介助が必要な入居者にとっては、外出・外食を自身や家族だけで行うことは大きな困難が想定されるため、施設の準備する外出の機会は積極的に利用される傾向にある。
- ・ 「利用者のニーズ」とは、実際は家族のニーズであることが多い（利用者自身は判断がつかない場合が多いため）。
- ・ 公的介護保険制度の範囲内だけでは、なかなか満足のいくサービスが受けられない。基本的に公的介護保険制度は「一対他」のサービスを基準としており、利用者個人に臨機応変に対応できる柔軟なサービスを実施するためには、別途サービス費用が必要となる。

②相違点

- ・ 施設の価格帯の差は、そこで実施されるサービスのきめ細やかさに対応するものである。「個別選択サービスとして、個別のニーズに応じてサポートする」ことが横出しサービスに該当する。これらの入居者のニーズをどこまで細分化して「サービス」として提供するかが価格の差となって表出する。
- ・ 高所得者層であれば、入居者自身の資産によってすべての必要経費を負担することが可能であるが、そうでない場合には家族へ負担がかかってくる。

(3) 施設利用者の民間介護保険へのニーズ

- ・ 高費用の施設へ入居する高所得者層は、老後や介護の費用はすべて自己負担でまかなうことが可能である一方、低所得者層は保険をかける余裕がない。民間介護保険をかけるのに適したターゲットは、中間層（サラリーマン等）であろう。
- ・ 実際にかつてライフ&シニアハウス日暮里に入居していた高齢者の中には、民間介護保険をかけている人が何名かいたことがある。

(4) 民間介護保険に対する評価

- ・ 現在、民間介護保険はあまりインパクトがない。
- ・ その理由として、まず、介護におけるサービス内容のイメージがわかりにくいことがある。どこで公的介護保険制度によって保障されるのか、また、民間介護保険によって何が保障されるのか、具体的な想像がつかないのではないかな。
- ・ 「公的介護保険制度によって相当程度は保障される」といった漠然としたイメージが流布しているが、実際には公的介護保険制度だけでは十分ではない。その点をきちんと認知させていくことが先決なのではないかな。
- ・ そもそも一般の人は自分の介護状態を想像できない。身近に介護を経験しない限り、介護がどれほど大変か、金がかかるのかはわからず、したがって、そのような不確かな将来に対し保険をかけようとは思わないだろう。
- ・ 介護へのニーズが高まる高齢者層になった際には、既に保険料が高くて入れないというニーズと年齢のギャップが生じている。
- ・ 民間介護保険の保障内容について、果たして現状の商品の保障で十分なのか。また、いつどのような状態に対して保障されるのかという点を、加入者は認知していないのではないかな。
- ・ 民間介護保険の保障内容として、現金給付だけでは不十分ではないか（使途不明となる可能性等から）。ケアプランの作成まで含められるとよいのではないかな。
- ・ 現状、横出しサービスの作成に関して、ケアマネジャーに対するケアプラン作成の報酬が出ない。横出しサービスが普及しない背景にはそのような問題もあるだろう。したがって、横出しサービスをケアプランに組み込むインセンティブを制度的に設けることで、サービス利用が広がり、介護費用への準備が進むことが考えられるであろう。