

## 手助けは必要ですか？介護サービスの提供と介護財政 (Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care)からのハイライト 2011年OECD出版

- 包括的なシステムにもかかわらず、包括的なシステムであるノルディック諸国の支出と比べそれ以下のレベルに抑えてきた。しかしながら、日本の介護にかかる公的支出は対GDP比で2007年の1.4パーセントから場合によっては2050年には4.4パーセントに届くと予測されている。日本の実質政府支出は2006年から2025年にかけて特に早く伸びる見通しである。



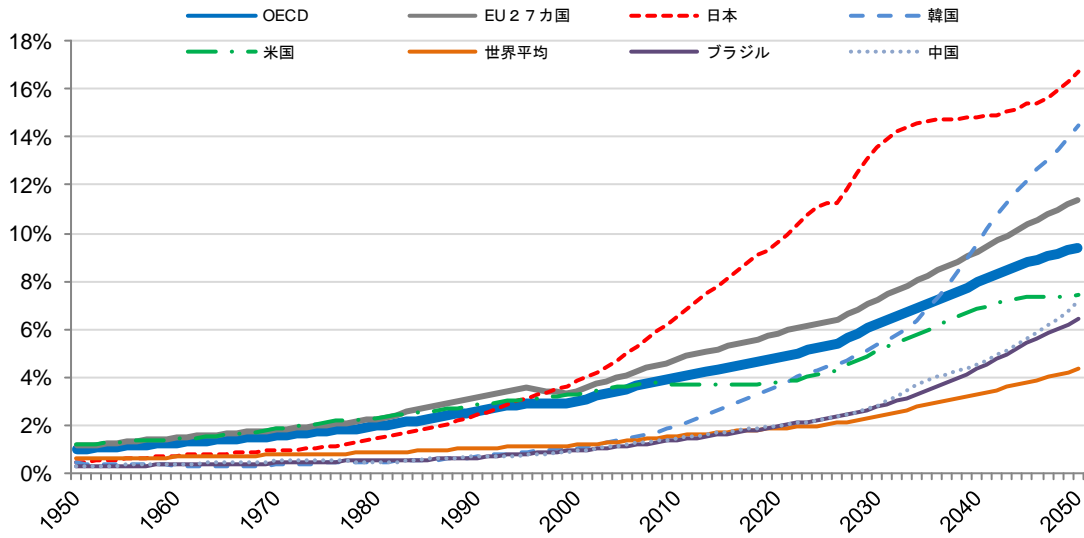
- 日本は、介護従事者の誘致と離職防止のための政策を施行してきた。2009年には事業主への賃金助成金が設けられた。その他にも若者を介護の仕事に誘致するための人材確保の支援を様々な助成金を通じて行ってきた。離職者や他の分野で就労している労働者向けの研修なども実施している。

- 2050年までに、アメリカやカナダと同じように、日本の介護労働者の求人倍率は、2倍ほどに増加すると予想されている。しかしながら、日本の総労働人口は減少する傾向だが、介護の需要は総人口に占める80歳以上の人口の増加とともに増加傾向にある。他国からくる介護労働者の数が限られているのを考慮すると、国内の労働者の介護関連の仕事への入職の斡旋の可能性を追求することが将来的には最重要課題になる。

- 日本の介護は、ドイツ、オランダ、ルクセンブルグや最近の韓国（2008）と並び、義務的で介護専用に使われた社会保険の方式をとる制度である。介護保険制度の財源構成は、税金が45パーセント、保険料が45パーセントで、残りの10パーセントは保険者負担で成り立っている。保険料は40歳以上の被保険者が支払うもので、幅広い層からの財源を確保している。

- 将来的に要介護状態になることを防ぐための生涯にわたるヘルスプロモーション活動は長期介護にかかる支出を削減する手助けになるだろう。日本は2006年に地域密着型で予防重視システムへの転換を目的とした予防介護サービスが新設した。体力維持、精神衛生、口腔衛生や栄養指導のサービスを提供し、介護をあまり必要としないお年寄りが将来的に要介護状態になることを防止することを目的としている。

日本は人口に占める高齢者（80歳以上）の増加がもっとも高い見込み



Source: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care* © OECD 2011

## 主な事実

- 2009年の日本の65歳以上が人口に占める比率は約23%（OECD平均は15%）、80歳以上は約6.2%（OECD平均は4%）。
- 「OECDヘルスデータ2010」によれば、2007年の日本の長期介護費の対GDP比は1.2%（内訳は公的介護費が1.1%、民間介護費が0.1%）
- 2006年の日本の65歳以上人口の約9.8%は長期在宅介護を受けており、3%は施設に入所している。
- 2007年の日本の正規の（認定された）長期介護労働者数は推計で65歳以上人口1000人当たり5.4人。
- 2008年の介護施設の長期病床数は65歳以上人口1000人当たり約26.3床（「OECDヘルスデータ2010」）。

## 背景

日本は全てのOECD諸国の中で65歳以上人口の伸び率が最も高い国のひとつである。こうした人口のニーズに応えるため、日本は2000年4月、強制加入の国民皆保険制度に加え、介護保険制度を導入した。介護保険制度が創設されたのは、家族の責任を軽減し、費用負担と便益の関係を明確化し、利用者の選択に基づいてその自立を支援するためである。さらに、要介護を理由にした一般病院への長期入院（いわゆる社会的入院）を減らす狙いもあった。介護保険制度は国によって法制化され、各市町村によって運営されている。加入資格は全国一律である。介護保険制度の柱のひとつは、在宅介護サービスについて、非営利の事業者に加えて営利目的の事業者を導入したことであるが、施設介護については依然として主に完全非営利の事業者によって行われている。

## 受給／加入資格

介護保険制度のサービスは、「第1号被保険者」とされる65歳以上の全ての日本人に提供される。さらに、パーキンソン病、若年性痴呆、脳卒中など老化関連疾患を原因とする40～64歳の要介護者も介護保険制度のサービスを受けられる。この種の要介護者は第2号被保険者とされる。一旦要介護と認定されると、認定された要介護状態に従って5段階の要介護度（最も低い1～最も高い5）の1つが決定される。要介護度が決まると、被保険者は介護サービス計画に基づくサービスを受ける。介護サービス計画は、全ての介護ニーズに確実に応えられるよう、定期的に見直される。施設介護サービス、地域密着型サービス、在宅介護サービスを問わず、サービスが認定事業者から提供される場合には、費用の90%が介護保険によって負担される。地域包括支援センターが各市町村によって整備・組織されている。

## 財源と保険適用範囲

日本の長期介護サービスの大半は正規の介護保険制度によって提供されている。民間の保険（重大疾病保険）も提供されてはいるが、小さな役割しか果たしていない。介護保険制度の受給者は、受けるサービスの総費用の10%を自己負担する義務がある。残り90%は、国・地方自治体（50%）と40歳以上の介護保険料（50%）によって折半される。国・地方自治体の支出は、国が50%、都道府県が25%、市町村が25%である。介護保険料は被保険者のカテゴリー（第1号か第2号か）と所得水準によって異なる。各市町村は、サービス費用見込み額と経済動向に基づいて、第1号被保険者の保険料と第2号被保険者の保険料の比率を決定する。保険料は3年毎に見直される。

介護保険制度の適用を受けるには、サービス事業者は都道府県の認定（地域密着型サービスは市町村の認定）を受けるとともに、「ケアマネージャー」が作成する計画に従わなければならない。介護保険制度では、受給者は自己負担分を支払い、サービス事業者は介護費用の最大 90%までの払い戻しを受ける。サービス事業者が保険者（市町村）から直接給付を受ける場合もある。特別養護老人ホームの食事・宿泊費用など、利用者の自己負担とされている特定の費用もある。

## 労働力問題

現在、非正規の介護については法的定義がなく、非正規の介護労働者に対する補助金もない。一方、正規の介護労働者は、年次有給休暇、育児休暇、出産休暇、労働者災害補償など、国が定めた給付に関する労働基準法の規定によって保護されている。さらに、市町村も正規の介護労働者にカウンセリング、職業訓練、再就職支援などの給付を提供している。

認定介護福祉士になるには、全ての労働者が、提供するサービスに応じて最低限の職業訓練資格を取得しなければならない。介護労働者に対する需要の高まりを受けて、国は介護業務に経験のない労働者を雇用し、教育し、その定着を図るサービス事業者に補助金を支給する報奨制度を整備している。国や市町村がこうしたインセンティブを創設しているにもかかわらず、介護保険制度の導入を背景にした需要増により、大幅な介護労働者不足が続いている。

## References

OECD 2009-2010 Questionnaire on Long-Term Care Workforce and Financing

OECD (2010) *Health Data 2010*, Paris

OECD Social and Labour Demographics Database 2010