

2017 年度 修士論文

前払式割賦販売制度の会員が求める
積立式介護サービス

Nursing-Care Service with Advance Installment
Payment Demanded by Current Members of
Ceremonial Occasion Mutual Aid Society

早稲田大学 大学院スポーツ科学研究科
トップスポーツマネジメントコース

5017A329-5

吉田 卓史

研究指導教員： 平田 竹男 教授

目次

第1章	序論	1
第1節	研究の背景	1
第1項	介護を取り巻く我が国の現状	2
第2項	現行の介護保険制度について	24
第3項	介護保険サービス現場における問題点	32
第2節	先行研究のまとめ	41
第1項	介護制度	41
第2項	介護費用	41
第3節	研究の目的	42
第2章	研究方法	43
第1節	法制度の研究	43
第2節	アンケートによる調査	43
第1項	調査対象	43
第2項	調査時期	43
第3項	実行エリア	43
第4項	調査項目	43
第5項	分析方法	43
第3章	結果	44
第1節	制度研究	44
第1項	割賦販売法	44
第2項	出資法	44
第3項	金融商品取引法	45
第4項	保険業法	45
第2節	アンケート調査の回答状況	46
第1項	回答者の背景	46
第2項	介護のための積み立て意思	53
第3項	介護経験	54
第4項	将来の介護について	54
第5項	介護に関する不安事項	55
第6項	介護サービスにお願いしたいこと	56
第7項	介護について知りたい知識	56
第8項	介護経験者の介護後の変化	56
第4章	考察	58
第1項	全体の所見	58
第2項	新しい介護向け積み立てコースの想定	59
第3項	冠婚葬祭事業者の参入	60
第5章	結論	61

図表目次

図 1	高齢化の推移と将来設計	3
図 2	平均寿命の推移と将来予測	4
図 3	世界の高齢化スピード比較	5
図 4	高齢者世帯数及び一般世帯数の推移	6
図 5	国民医療費・対国内総生産及び国民所得比率の年次推移	7
図 6	日本人の亡くなる場所の推移	7
図 7	介護が必要になったおもな原因	8
図 8	年代別人口に占める要支援・要介護認定者の割合	9
図 9	第 1 号被保険者（65 歳以上）の要介護認定者数の推移	13
図 10	社会保障給付費の推移	13
図 11	介護産業の市場規模の推移	14
図 12	介護サービス事業所数、介護施設数の推移	15
図 13	介護費用と保険料の推移	16
図 14	要介護認定の手続きの流れ	18
図 15	介護保険の仕組み	20
図 16	介護保険サービス内容①	22
図 17	介護保険サービス内容②	23
図 18	2025 年までにかかる介護人材需給推計	24
図 19	介護職と産業計の離職率の推移	25
図 20	介護施設等の定員数(病床数)の推移	28
図 21	都道府県別要支援・要介護認定率	31
図 22	年齢別にみた同居の主な介護者と要介護者等の割合の年次推移	32
図 23	高齢人口の高齢化	34
図 24	介護経験の有無と積立金額の比率	53
表 1	高齢者を支える現役世代の減少と負担の増加	4
表 2	介護を行った期間	9
表 3	介護に要した一時的な費用の合計	10
表 4	介護に要した費用(月額)	10
表 5	介護保険法で定められた 16 の特定疾病	19
表 6	介護施設における入居難易度	27
表 7	要介護認定基準時間	29
表 8	第 1 号被保険者数と要介護支援認定者、要介護 3 以上の割合	34
表 9	介護保険制度の利用状況	38

表 10 「介護に関するアンケート」集計表	46
表 11 年代別での介護経験の有無と積み立ての関係	54
表 12 介護経験とだれに頼みたいかの関係	54
表 13 介護経験と不安要素の関係	55
表 14 介護向け積み立てコースの例	60

第1章 序論

第1節 研究の背景

「2025 年問題」という言葉がある。約 650 万人いると言われる「団塊の世代」（1947～49 年生まれ）がすべて 75 歳以上になり、特に都市部を中心に医療・介護の提供が追いつかなくなるといいう問題であり、2020 年の東京五輪・パラリンピックが終わると、もうその 5 年後に差し迫る喫緊の課題となっている。その予兆は至る所で表れている。

厚生労働省による推計では、今後死亡者数が急増し、「2025 年問題」の 5 年後にあたる 2030 年には、約 47 万人が「死に場所難民」になる可能性があるという。現在の死亡場所は約 75%が病院だが、そのベッド数が圧倒的に足りなくなるのである。「高齢者の看取りのために救急病院に長い列ができて、救急医療も破綻する」という予測もあり、今後自宅や介護施設での看取りを大きく増やし、現行の介護制度を見直す時期に差し掛かっている。

厚生労働省によると、全国の 75 歳以上の高齢者は、2025 年までに 2010 年比で 760 万人増え 2,179 万人になり、75 歳以上の比率は 11%から 18%まで増加する。また、65 歳以上の認知症高齢者は、全国で 2010 年の 280 万人から 470 万人に増え、独り暮らしの高齢世帯も、498 万世帯から 701 万世帯に一気に増加する。これまでの課題は、高齢化の「進展の速さ」だったが、今後はその「人数の多さ」と「高齢者の高齢化」などが問題となる。

その高齢者の増加分の約半数は、東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、愛知といった大都市圏の 6 都府県に集中している。各都市で 75 歳以上、独居老人、認知症などの比率が加速度的に増えていくことになる。

こうした状況に対応するために、自宅を定期的に訪問し患者を診る「在宅医」や「訪問看護師」を増やすと同時に、グループホームなど地域に密着した介護サービスを充実させていく必要があり、厚生労働省もこれまでの「病院完結型」から「地域完結型」への転換を目指している。つまり、病院で最後を迎えるのではなく、住み慣れた地域で在宅医療や介護、生活支援などを一体的に提供し、いずれ最期を迎える仕組みを整える方向に向かっている。ただ、その取り組みは地域によって、行政や医師会などの「やる気」によって、大きな温度差があるのも事実である。

筆者は、冠婚葬祭互助会の経営者であり業界団体理事などの立場にあり、これまで冠婚葬祭関連のさまざまなサービスを提供することで事業を拡大し、介護や入院生活を終えたお客様の「人生の最期」をお世話させていただいてきた。多くの家族の最期を通じて亡くなられた故人を偲び、遺族に寄り添い、現在も日本一「ありがとう」と言われる会社を目指して取り組んでいる。今後の更なる高齢化社会を迎えるにあたり冠婚葬祭だけではなく、介護事業を提供することによりより深いサービスの提案ができないか考えている。しかし介護の抱える課題については、様々な要因が互いに絡み合い複雑かつ非常に問題の根は深い。だからこそ、企業として新たに貢献できる分野や方法を模索し、消費者のニーズに応えていくことは 1 つの企業責任でもあると考える。今こそ、互助会の創業理念である「相互扶助」に立ち返り、互いに助け合う豊かな社会づくりを通じて、一人一人が自分らしい人生を送り、そして自分らしい最期を迎えられるよう、新たな面から地域社会の活性化に貢献したいと考えている。

そこで、既に冠婚葬祭互助会の会員である人は、公的介護保険外のサービスを利用するための費用を事前に準備をしておく方法として、積立式介護サービスを利用するのか、また、求められるサービスの内容が分かれば、冠婚葬祭互助会の運営事業者が介護サービス分野において、一定の役割を持てるのではないかと考え、本研究に着手した。

ここからはまず、介護を取り巻く環境について、基本的な情報を整理する。

第1項 介護を取り巻く我が国の現状

1)人口動態における構造の変化

第1項では、少子高齢、核家族化、単身世帯の増加、地方と都市など、様々な要因がある中、急激なスピードで変化しているわが国の人口動態をとらえ、過去の経緯と将来の予測を通じて介護を取り巻くわが国の状況を整理していきたい。

(1) 人口動態の変化

日本の人口は2008年の1億2,808万人をピークに減少を始め、今後も人口の減少は続き、100年後には人口が現在の半分になるという予測も出ている。

総人口が減少するなかで、増え続けているのが65歳以上の高齢者の比率であり、推計によると2015年には約26.6%で総人口の4人に1人、2035年には32.8%で3人に1人、2060年には38.1%で2.5人に1人が高齢者となる。

内閣府の平成29年版高齢社会白書では、我が国の総人口は平成28年10月1日現在、1億2,693万人で、その中で65歳以上の高齢者は3,459万人（男性1,500万人、女性1,959万人）で総人口に占める割合は27.3%、75歳以上人口（後期高齢者）は1,691万人で総人口に占める割合は13.3%である。2060年推計人口は9,284万人と1億人以下となっているが、高齢者人口は、2042年に3,935万人でピークを迎える。高齢者人口はその後は減少に転じるが高齢化率は上昇傾向にあり、2065年には高齢化率は38.4%に達し、約2.6人に1人が65歳以上、75歳以上の人口が総人口の25.5%となり、約4人に1人が75歳以上となる。

図 1-1-4 高齢化の推移と将来推計

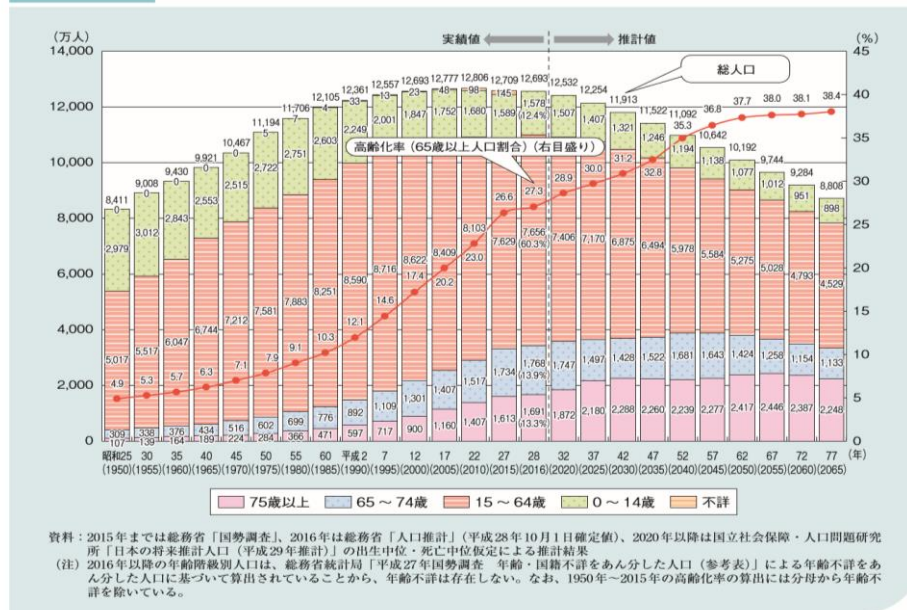


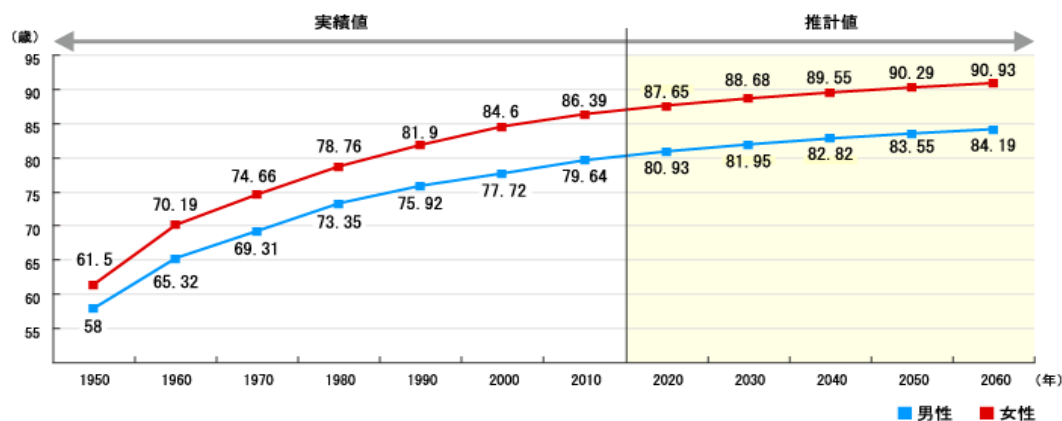
図 1 高齢化の推移と将来設計

(出所) 2015 年まで総務省「国勢調査」、2016 年は総務省「人口推計」、2020 年以降は国立社会保障

・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(2) 伸びる平均寿命

日本人の平均寿命が、医学の進歩（かつては乳幼児や妊産婦の、現在では高齢者の死亡率低下）により進展し、長寿自体は喜ばしいことではあるが、人口のバランスを見ると、厳しい未来が待ち受けていることが容易にわかる。2016 年における日本の平均寿命は、男性 80.98 歳、女性 87.14 歳（厚生労働省 平成 28 年簡易生命表より）となり、これからさらに進展すると予測されており、平均寿命が 90 歳を超えるのもそう遠くない。



資料：1950年及び2010年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2000年までは厚生労働省「完全生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・志望中位仮定による推計結果
 (注) 1970年以前は沖縄県をのぞく値である。0歳の平均余命が「平均寿命」である。

図 2 平均寿命の推移と将来予測

(出所) 1950 年及び 2010 年は厚生労働省「簡易生命表」、1960 年から 2000 年まで厚生労働省「完全生命表」、
 2020 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」

(3) 生産年齢人口の減少と現役世代の負担増加

総人口の減少に伴い、いわゆる生産年齢人口（15 歳～64 歳）が急速に比率を下げている。半世紀も経たない間に、あらゆる面で社会および高齢者を支える重要な役割を担う現役世代の数と高齢者の数が、限りなく接近する時代がやってくる。少子化の諸問題も、女性の社会参加、育児費や教育費の増大、将来の生活への不安、晩婚化などの要因があり、効果的な対策は難しいことも原因のひとつである。

表 1 高齢者を支える現役世代の減少と負担の増加

(出所) 2015 年までは総務省「国勢調査」、2016 年は総務省「人口推計」、2020 年以降は国立社会保障・人口問題研究「将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

1960 年	平均寿命	68 歳	現役世代	11.2 人	で一人の高齢者を支える
		↓			
2010 年	平均寿命	83 歳	現役世代	2.8 人	で一人の高齢者を支える
		↓			
2017 年	平均寿命	84 歳	現役世代	2.3 人	で一人の高齢者を支える
		↓			
2065 年	平均寿命	88 歳	現役世代	1.3 人	で一人の高齢者を支える

推計によると、2048 年の日本は、人口が 1 億人弱にまで減少する。これはほぼ前回の東京オリンピック（1964 年）の頃の人口であるが、人口の 4 割を高齢者が占める現在、当時と同等の国力は発揮できないことは明白である。

(4) 世界最速の高齢化

世界的に見ても日本の高齢化のスピードは急激である。通常、65 歳以上の高齢者の割合を高齡化率といい、高齡化率が 7%以上で高齡化社会、14%以上になると高齡社会となる。7%から 14% になるまでフランスは 115 年、スウェーデンは 85 年、イギリスも 47 年かかったが、日本はたった 24 年と最速で到達している。

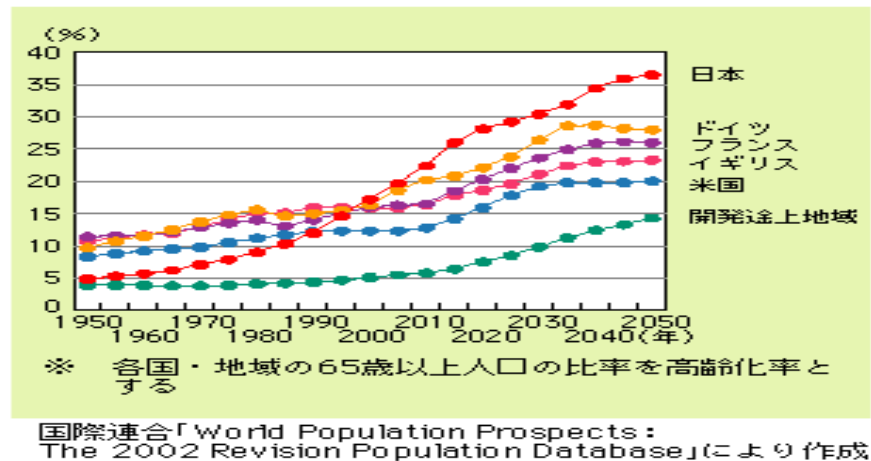


図 3 世界の高齡化スピード比較

(出所) 国際連合「World Population Prospects: The 2002 Revision Population Database」

(5) 都市部の高齡化と地方の過疎化

団塊の世代が高齡期を 2012 年から迎え、高齡者は毎年 100 万人ずつ増加していく。地域構造にも変化が生じる中で、特に「都市部の高齡化」と「地方の過疎化」が、より進行していき、地方では人口の 2 分の 1 以上が高齡者という、いわゆる「限界集落」(2006 年時点の割合は 13%、7,878 集落)が増加していく。「限界集落」では、高齡者の多くが交通手段もなく、買い物や病院への通院などといった日常生活すら困難な状況に陥ってしまうため、過疎化より深刻である。

地域の人口構造に関しては、人口が増加している都道府県の中でも人口が減少している市町村があったり、逆に人口が減少している都道府県にも、人口が増えているところが混在しており、地域によって構造形態はさまざまであり、地方自治体レベルになるとさらに複雑な状況になってくることが考えられるので非常に難しい問題となる。

(6) 世帯構造の変化

1980 年代には 3 世代同居が過半を占めていたが、徐々にその割合は減少している。その分、増加しているのは、高齡者の一人暮らし(独居世帯)や、夫婦のみの世帯である。2030 年には、高齡者世帯のうち約 4 割が独居世帯、約 3 割が夫婦のみの世帯となり、合すると約 7 割が高齡者のみの世帯となる見込みである。

特に独居世帯の増加は、高齢者のひきこもりやうつ、孤独死(孤立死)といった問題にも直結しており、深刻な課題である。女性の方が年下の場合が多く、かつ平均寿命も長い女性単身世帯が増えてくると考えられる。以前は、地域における近所付き合いなども活発に行われていたが、最近ではこうしたつながりや、家族関係ですら希薄なケースが都市部を中心に増加している。特に、独居世帯における医療の難しさや、認知症の進行によって引き起こされるトラブルや、孤独死などの問題がつきまってくる。独居世帯の高齢者には特に近所を中心とした周囲のサポートが不可欠となってくる。

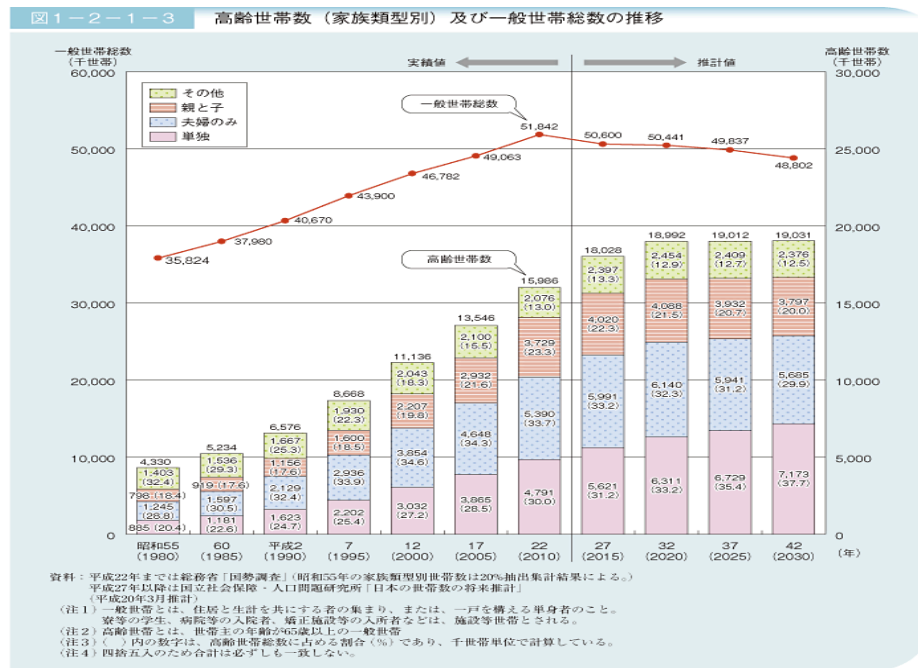


図 4 高齢者世帯数及び一般世帯数の推移

平成 22 年までは総務省「国勢調査」、

(出所)平成 27 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(平成 20 年 3 月推計)

(7) 日本の亡くなる場所の変遷と迷走を続けた医療制度

1960 年代には、約 7 割の日本人が自宅で最期を迎えたのに対し、2010 年には病院死が約 8 割、在宅死が約 12%と逆転している。ある地方医師会が行った調査によると「自宅で死にたい」と答えた方が 86.9%もいたという。昔は普通に行われていたことが、今また望まれるようになっていく。国民医療費についても 1965 年に 1 兆円を超え、その後、病院死と似た右肩上がりのカーブを描き、2004 年には約 32 兆円に達し、2015 年の厚生労働省の調査で国民医療費は 42 兆 3,644 億円と過去最高を更新している。年齢階級別の国民医療費を見ると。0-14 歳は 2 兆 5,327 億円 (構成割合 6.0%)、15-44 歳は 5 兆 3,231 億円 (同 12.6%)、45-64 歳は 9 兆 3,810 億円 (同 22.1%)、65 歳以上は 25 兆 1,276 億円 (同 59.3%) と 65 歳以上の割合が半分以上となっている。

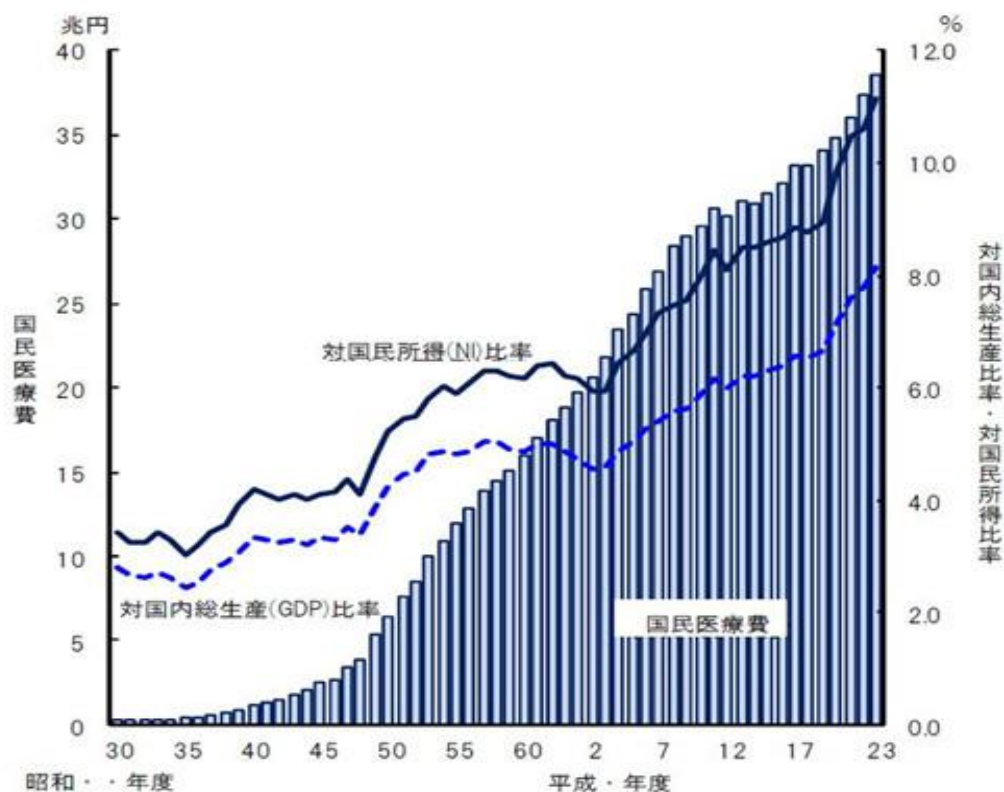


図 5 国民医療費・対国内総生産及び国民所得比率の年次推移

(出所)厚生労働省 Web サイト：国民医療費・対国内総生産及び国民所得比率の年次推移

また、国民皆保険制度により誰でも医療にかかりやすくなり、保険料負担に見合った医療を普及させるために、病院はどんどん増え続け、更に 1973 年の老人医療費支給制度（70 歳以上の国民の負担をゼロにする）が拍車をかけた。この政策が、老人医療費の高騰を招き、その後 1983 年から老人医療費の定額制、1986 年の介護老人保健施設が創設されると医療法人はリハビリに力を入れ、老人病院は、医療法と介護法が相乗りした療養型病床群へと変化していった。2008 年には後期高齢者医療制度が開始となった。高齢者の亡くなる場所が多様化し、自分の意思を尊重されながら、住み慣れた場所で最期まで生きていくということを国も推進している。

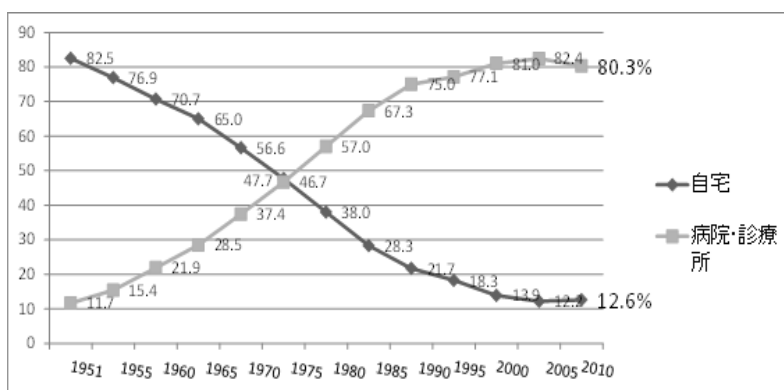


図 6 日本人の亡くなる場所の推移

(出所)厚生労働省 平成 22 年人口動態統計年報 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移より

2)介護の現状と介護保険を巡るこれまでの動き

現在、日本は世界トップレベルの長寿国であり、これからどの国も経験したことのない高齢社会に直面していく。ここでは現在の介護の状況とともに介護保険をめぐるこれまでの動きを整理してみたい。

(1) 介護が必要となる主な要因

長生きする人が多くなると、必然的に介護が必要な人も増えてくる。「介護が必要になったおもな原因」の1位は、脳血管疾患であり、いわゆる脳卒中（脳出血や脳梗塞の総称）のことで、発症した人は「治る人」「亡くなる人」「後遺症が残り介護が必要になる人」の3通りとなる。脳卒中による体の麻痺は、介護が必要となったおもな要因でずっと1位であり、2位の認知症は近年順位を上げてきている。参考までに、日本人の死因は1位がん、2位心疾患、3位肺炎、4位脳疾患である。

また、男性は圧倒的に脳血管疾患が多く、女性は加齢に伴い骨や筋肉が衰えたことによる要介護化が多く、男女で介護が必要になる原因は異なる。

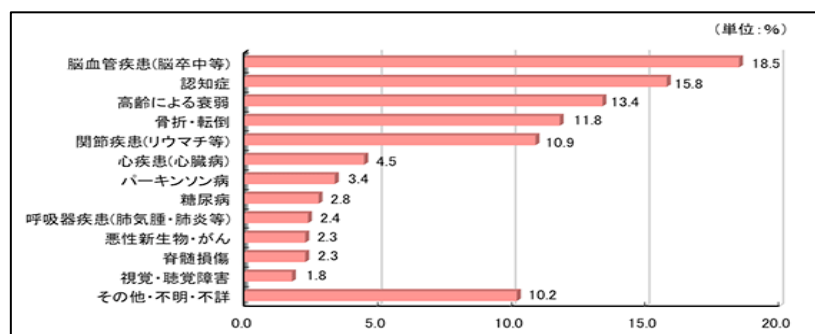


図 7 介護が必要になったおもな原因

(出所) 厚生労働省「国民生活基礎調査の概況」平成 25 年

(2) 年代別人口に占める要支援・要介護認定者の割合

65 歳から高齢者に分類されたとしても、介護が必要な人の割合は 65～69 歳で 2.9%に過ぎず、70 代でも介護は必要な人は少数派だが、80～84 歳で 28.4%で 3 割近くになるが、この時点で介護を受け始めた人でさえ少数派と思えるほど、周囲に元気な人が多いため、老いや死を他人事と見失いがちになる傾向もあると考える。

では、人生に要介護状態はどれくらいあるのか。WHO(世界保健機関)は 2000 年に「健康寿命」という言葉を発表した。これは自立した生活を送ることができる期間のことで、2010 年の日本人の健康寿命は男性が 70.42 歳、女性が 73.62 歳だった。これを性別ごとに平均寿命から引くと、あくまで平均だが、男性で 9 年余り、女性で 12 年余りとなり、これがいわゆる「介護が必要となった期間の一つ目安」となると考える。

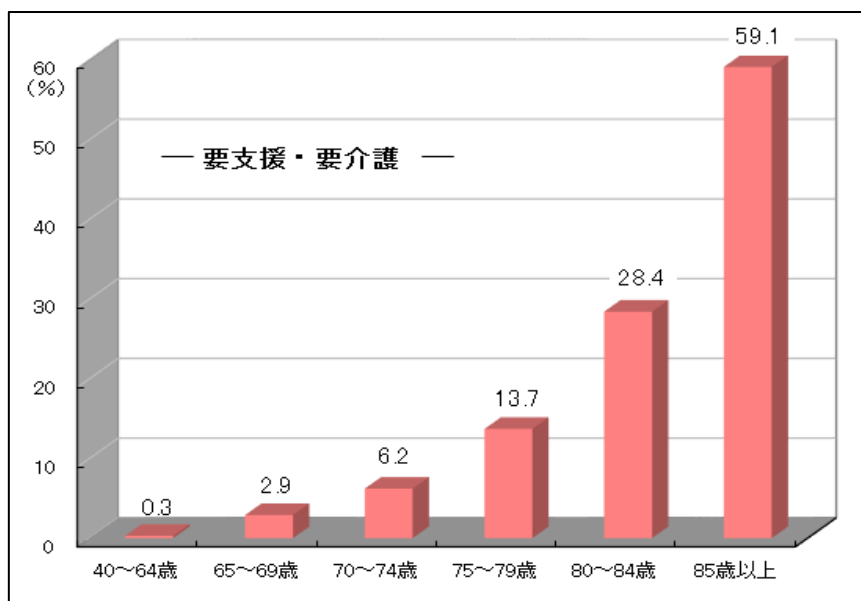


図 8 年代別人口に占める要支援・要介護認定者の割合

(出所) 厚生労働省「介護保険事業報告(暫定)(平成 28 年 9 月)」総務省「人口統計(平成 28 年 9 月確定値)」

(3) 実際の介護期間、介護費用について

過去 3 年間に介護経験がある人に、どのくらいの期間介護を行ったのかを聞いたところ、介護を行った期間(現在介護を行っている人は、介護を始めてからの経過期間)は平均 59.1 カ月(4 年 11 カ月)となり、4 年以上介護した割合も 4 割を超えている。経済的な負担についても介護期間が長くなればなるほど大きくのしかかり、心理的にもいつまで続くか分からない不安が、介護をする側にとって非常に大きな精神的負担となると考える。

表 2 介護を行った期間

(出所) 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 27 年度

6 カ月未満	6 カ月～1 年未満	1～2 年未満	2～3 年未満	3～4 年未満	4～10 年未満	10 年以上	不明	平均
5.8%	6.2%	11.6%	14.2%	14.5%	29.9%	15.9%	1.9%	59.1 カ月 (4 年 11 カ月)

また、介護に要した費用(公的介護保険サービスの自己負担費用を含む)は、住宅改修や介護用ベッドの購入などの一時費用の合計が平均 80 万円、月々の費用が平均 7.9 万円となっている。

表 3 介護に要した一時的な費用の合計

(出所) 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 27 年度

掛かった 費用なし	15 万円 未満	15～25 万円未満	25～50 万 円未満	50～100 万円未満	100～150 万円未満	150～200 万 円未満	200 万円 以上	不明	平均
17.3%	13.9%	8.3%	7.7%	9.0%	7.9%	1.9%	7.1%	26.8%	80 万円

表 4 介護に要した費用(月額)

(出所) 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 27 年度

支払った 費用はな い	1 万円未満	1 万～2 万 5 千円未満	2 万 5 千～ 5 万円未満	5 万～7 万 5 千円未満	7 万 5 千～ 10 万円未 満	10 万～12 万 5 千円 未満	12 万 5 千 ～15 万円 未満	15 万円以 上	不明	平均
5.2%	4.9%	15.1%	10.2%	13.8%	7.1%	9.8%	3.4%	16.4%	14.1%	7.9 万 円

3) 高齢者介護政策をめぐるこれまでの動き

介護保険制度が 2000 年 4 月から実施されてから、約 17 年経過した。介護保険制度施行後の、我が国の高齢者介護政策の歴史、介護保険制度実施後の動向、最近の社会保障をめぐる動向、介護保険制度の今後の課題について考えてみる。

(1) 老人福祉法における長く続いた「措置」の時代

1963 年に制定された老人福祉法により、全国に特別養護老人ホームが開設されるまで、日本の高齢者介護は基本的に家族が担い手となり、責任者である国や自治体が一方的にサービスを提供する「措置制度」であり、利用者に決定権はなかった。しかも、措置制度は身寄りのない老人や低所得者が対象で、中間層以上は家族介護が当然とされていた。老人病院が社会的入院（家族に介護力がないため退院できない状態が続いていること）を引き受け、認知症高齢者は、精神病院に連れていかれた。当時の在宅サービスは、独居老人への家庭奉仕員の派遣だけであり、自立した生活を出来ないお年寄りの支援をするために役所や社会福祉協議会から週 1, 2 回、低所得者世帯に派遣されるにとどまり、家庭奉仕員ができるのは炊事などの家事援助だけで、身体介護は危険だからと禁止されていた。

(2) 老人保健法がもたらした介護の夜明け

1982年に施行された老人保健法により、それまで医療や看護に従属すると考えられていた介護が、独立した専門分野として浮上し、介護の社会的認知が高まった。老人保健法では、慢性疾患（その多くは脳卒中による片マヒ）の長期入院をやめ、在宅に戻して地域の機能訓練教室で支えていくということであり、それまで結核と精神障害者対策と母子健康が主な仕事内容だった保健師に担わせようとした。保健師が、閉じこもった老人を家庭訪問し、リハビリを勧める仕事を始め、戸惑いながらも真剣に取り組むことで、介護に日が差し込み始めたのである。

(3) ゴールドプランが目指したもの

介護がにわかに脚光を浴びるのは、1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称ゴールドプラン）からである。これは10年後の介護保険導入を想定して、それまでに必要な施設整備や専門家の育成を行おうと特別立法された。ここで重要なポイントは、在宅サービスを施設入所と同格の行政措置に位置付けたことである。

「デイサービス（日帰り介護）」「ショートステイ（短期入所生活介護）」「ホームヘルプサービス（訪問介護）」が出揃い、これに「在宅介護支援センター」を揃えて4本柱と呼ばれた。なかでも、ホームヘルパーが、家事援助だけでなく身体介護も行える専門職と位置づけられ、標準年収300万円が設定された意義は大きく、「訪問介護元年」と評価する声もある。

なお、ゴールドプランは、当初の予想を超えて日本の高齢化が進んだことから見直され、1994年から数値目標の上積みと訪問看護の導入を加えた「新高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称新ゴールドプラン）となっていた。

この頃から、介護保険を視野に入れた法整備が進み、1996年には介護保険関連三法案が国会に提出され、財源について議論が集中し、結果、税金と保険料の折半で落ち着いた。

新ゴールドプランは、2000年からスタートする介護保険制度に合わせて、ゴールドプラン21へと姿を変え、この時点で新たに制度化されたのがグループホームである。こうして、長く福祉行政で行われた「措置」は表面上姿を消し、与えられるサービスから選べるサービスを目指していった。

(4) 介護サービス事業者との契約へ変化

介護保険制度では、都道府県から認可を受けた指定サービス事業者が、介護保険サービスを提供できるようになった。つまり、利用者は、どの事業者からどのサービスをどれくらい受けるか、定められた範囲で選べるようになった。介護保険制度の登場により、以下のような介護の質を考える契機となった。

- ・これまで家族の役目とされがちだった介護が外部サービス化されたことで職業としての介護職が確立された。
- ・「自立支援」というケアプラン(介護サービス計画)の共通目標が定められた。
- ・医療と介護の連携が大きな目標として掲げられた。

介護保険制度は、介護の必要性を「要介護度」で測り、お年寄りに自立した生活を目指してもらうという、積極的な介護が日本中に浸透した。介護保険制度が始まって以降、介護職の専門性は飛躍的に高まり、リスクをはらむ自立支援を行うにはプロの技術が欠かせなくなっていたがその一方で、それらが待遇と見合わないなど、内側に様々な問題を抱えていた。

(5) 利用者の急増

開始当初、介護保険の利用者少なく、政府は最初の半年は保険料を徴収せず、次の1年間は半額にして利用の普及に努めたほどである。しかし、認知されてくると飛躍的に利用者が増え、認定者数は2001年の287万人から2012年には545万人と増加し、それにあわせて利用者数も急激に増えた。介護保険の総費用も2000年度の3.6兆円から2011年度の8.3兆円と実に2.3倍になった。

こうした伸びは、保険料負担から「使わないと損」という風潮もあり、必要がないのにサービスを利用するようなケースの存在も指摘されたこともあった。

以上の経緯から介護保険財政の悪化に伴い、国は給付制限に乗り出したのである。2006年から施行された改正介護保険には「介護予防」の考え方が導入され、それまで要介護1で介護給付を受けていた人の約4割が要支援2へ移行され、サービスの少ない予防給付を受けることになった。他の制限は以下の通りである。

- ・地域包括支援センターが創設され、要支援1, 2や予備軍は介護要望サービスを受けることとなった。
- ・従来の要支援が要支援1, 2に分かれ、要介護1の中からおおくの人が要支援2へ移行。
- ・グループホームなどのいくつかのサービスが、その地域に住む人しか受けられなくなった。
- ・施設サービスで居住費と食費、通所サービスで食事が全額自己負担となった。
- ・要介護1以下の軽度の利用者は、車いすや介護用ベッドなどのレンタルが、原則受けられなくなった。
- ・ホームヘルパーによる生活援助が一定時間内の定額制に変わり、実質的にそれ以上のサービスが削減された。

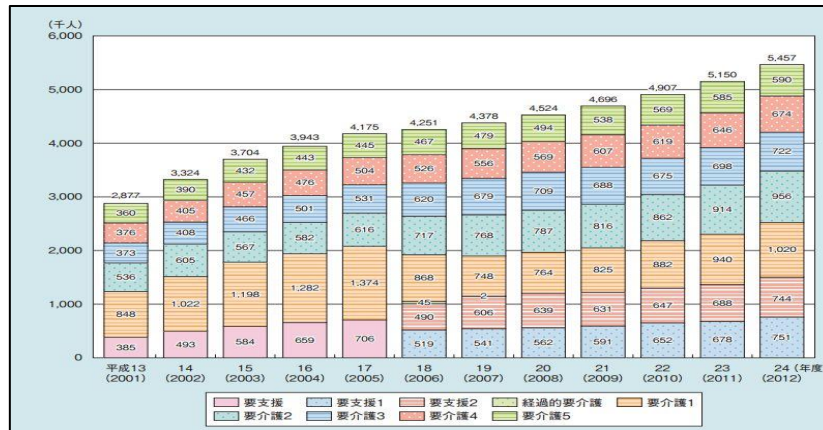


図 9 第 1 号被保険者（65 歳以上）の要介護認定者数の推移

（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

日本の高齢化があまりに速いスピードで進展したことで混乱はしたが、介護保険制度はとりあえず作り、定期的な見直しを織り込むことで、走りながら修正を加えていくという方向でスタートした。この制度自体がめまぐるしく変化し、要介護者ばかりか、健常な家族や若い世代にも理解できないほど複雑でわかりづらいという批判もあるが、この制度を理解して更によくする努力を忘れてはいけない。

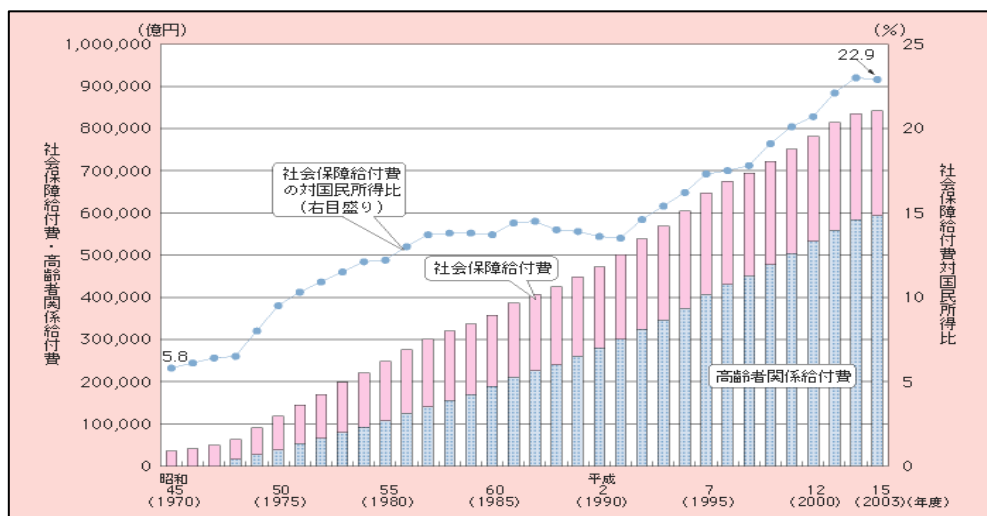


図 10 社会保障給付費の推移

（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会給付費」

(6) 2012 年の法改正の主な内容

2009 年の改正は小さな改定にとどまり、介護報酬の 3%アップや 40 項目を超える加算追加など、料金の微調整が中止であった。

2012 年にふたたび大規模な改正が行われ、その中でも特に大きな柱となったのが「地域包括ケアシステム」の強化である。急速に進む高齢化のなかで、施設サービスに頼りすぎると財政が行き詰るので、なるべく在宅を基本に介護を進めていこうという狙いがあった。しかし、在宅介護

への移行は家族にも負担が大きいため、地域密着型サービスの中に、在宅介護をサポートするために「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス」の2つのサービスが生まれた。また、住み慣れた地域で暮らせるように国土交通省と整備した「サービス付高齢者向け住宅」と介護保険が連携し、認知症に対する地域の対策にも乗り出した。

こうした地域と介護の連携に加えて、医療と介護の連携も強化すべく、介護職員に一部の医療行為を解禁したのも大きな特徴である。また、増え続ける介護職への負担に考慮し、職員の処遇改善のために加算なども新設されたが、実際に介護職の離職率の高さに歯止めがかかるかは、今後も大きな課題である。

(7) 市場としての介護サービス

介護の世界で、企業が第3の勢力へと成長したのは、2000年の介護保険制度の開始からとされている。もともと介護事業を行うために設立された企業だけでなく、ニチイ学館（医療事務）、ワタミ（外食）、セコム（警備）など異業種からの参入が相次いだ。

事業者が儲けすぎないように給付の抑制に努める国側と、規模の拡大や人件費の削減によるコストダウンで利益の追及に励む企業との一進一退の攻防があり、不正請求や人員基準違反で指定の取り消しを受ける事業所が後を絶たず、グッドウィル・グループが買収したコムスンのように、行き過ぎた拡大路線の末に退場させられる企業まで出てきてしまった。

このように介護の世界は、「福祉」「医療」「企業」の3つの勢力が拮抗しており、外見の問題のみではなく、3種類のマインドを持つプレイヤーが存在するという事実がある。

市場自体は、2000年度の3.6兆円から2011年度には8.3兆円と2.3倍に拡大、2025年には15.2兆円まで膨れ上がるという予測もある。



図 11 介護産業の市場規模の推移

(出所) みずほコーポレート銀行資料

厚生労働省の「平成28年 介護サービス施設・事業所調査の概況」を参考に、事業者数、施設数、定員数の伸びを前年と比較してみる。

・介護予防サービスの事業者数

介護予防訪問介護 34,113 事業所 (前年+136)

介護予防通所介護 41,448 事業所 (同 +267)

・介護サービス事業者数

訪問介護 35,013 事業所 (前年+190)

通所介護 23,038 事業所 (同 -20,368)

地域密着型通所介護 (平成 28 年 4 月通所介護のうち小規模なものが移行) 21,063 事業所

・介護保険施設数

介護老人福祉施設 7,705 施設 (前年+154) 定員 530,280 名 (前年+12,007)

介護老人保健施設 4,241 施設 (同 +52) 定員 370,366 名 (同 +2,165)

介護療養型医療施設 1,324 施設 (同 -99) 定員 59,106 名 (同 -3,729)

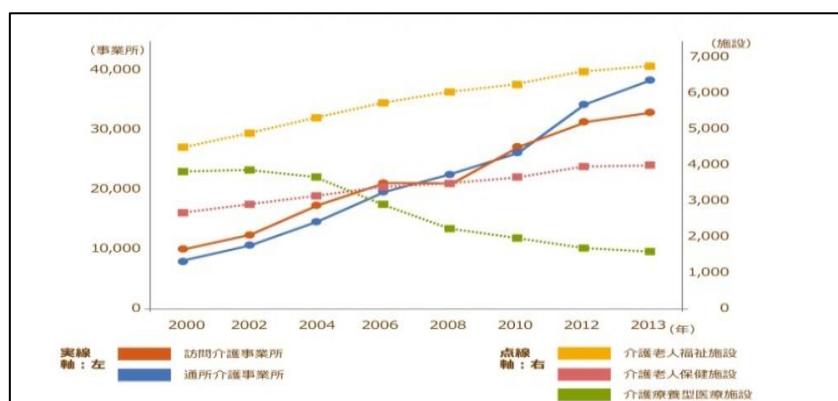


図 12 介護サービス事業所数、介護施設数の推移

(出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業者の概況

4)介護保険制度の概要

介護保険は、わが国では、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く 5 番目の社会保険制度となる。ここではその制度の内容を整理してみる。

(1) 介護保険が成り立つ仕組み

介護保険の財源は、半分が税金、半分が保険料でまかなわれます。サービスの場合、税金の半分は国の負担で、残りは都道府県と市区町村の折半となり、施設サービスの場合は、都道府県の比率が高まります。被保険者は 65 歳以上の国民全員（第 1 号被保険者）と 40～64 歳の医療保険加入者（第 2 号被保険者）に分かれ、二者の分担比率は全国の人口比率が適用される。介護保険

の財源は、このように分担する比率が先に決まり、総額は後から決まることになり、市区町村ごとに3年単位でどれだけ介護費用が必要になるかの予測を出し、それに見合う税金の投入と保険料の徴収が行われる。

徴収される保険料は、市区町村により異なり、介護サービスが充実している施設やサービス利用者が多いと高くなる。2012～2014年の第5期は、各都道府県の平均月額保険料の基準額（65歳以上）は6,680円から2,800円の間に分布し、約2.39倍の開きがある。

介護保険料は3年ごとの見直しのたびに増え、当初は2,911円だった65歳以上の保険料が第5期に月額4,972円まで増え、第6期（2015～2017）では5,514円となっている。

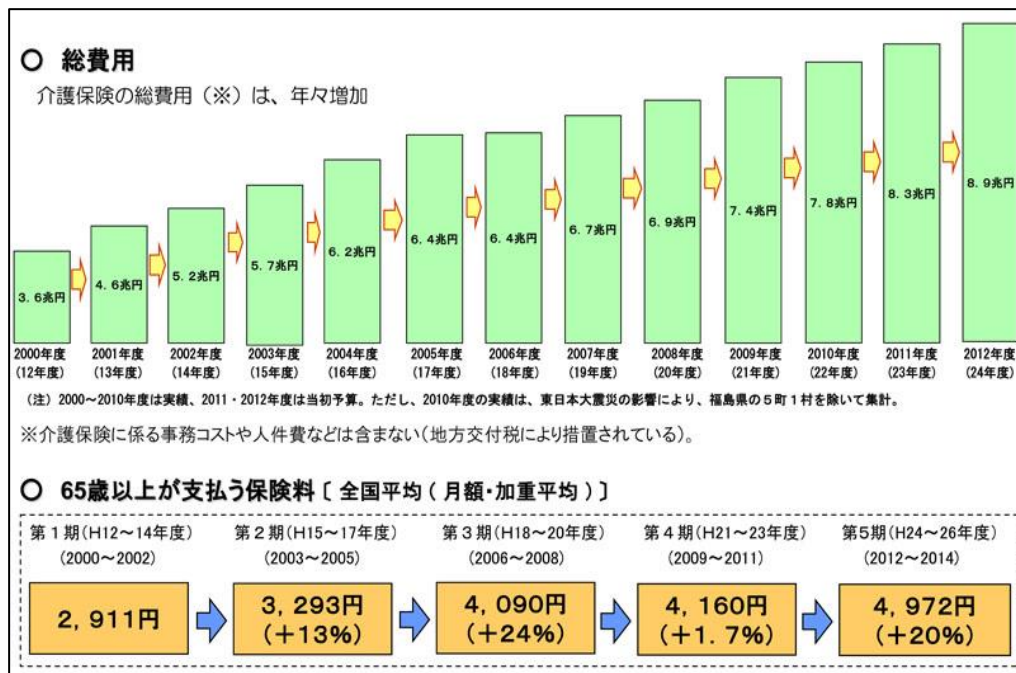


図 13 介護費用と保険料の推移

（出所）厚生労働省老健局 「介護費用の動向について」平成28年3月

（2）介護保険給付の流れ

被保険者は、保険給付を受けるにあたって、要介護状態または要支援状態に該当するかどうかの保険者（市区町村）による認定（要介護認定または要支援認定という）を受け、認定後、原則として介護支援専門家（ケアマネジャー）に介護サービス計画（ケアプラン）を作成してもらい、ケアプランに沿って最適なサービスをうけることになる。

要介護認定の目的は、介護保険による給付を受ける際、それぞれの利用者が介護を必要とする度合いに応じて適切なサービスを受けられるよう、保険者となる各市区町村が判定を行うことになる。

第1号被保険者と、第2号被保険者の中で特定疾病に該当する人は、要介護認定を受けることができる。

①認定の流れ

申請申し込みをすると、全国共通の認定調査書を使った訪問調査が行われ、コンピューターによる一次判定が行われ、その後、一次判定の結果をもとに、保険・医療・福祉の専門家で構成される「介護認定審査会」が二次審査を行い、判定結果を市区町村に通知する。

認定を受けると、各市区町村の指定を受けた事業者の介護支援専門家（ケアマネジャー）に介護サービス計画書（ケアプラン）を作成してもらい、ケアプランに沿って最適なサービスを受けることになる。

②要介護認定の区分

介護認定は、大きく分けて、介助なしで日常生活を送ることが可能な「自立」と、要介護への進行を予防するための支援が必要で、介護サービスの利用によって改善が見込まれる「要支援」、自立した日常生活を送ることが困難で、何らかの介護を必要とする状態である「要介護」の3つに分かれている。自立と認定された場合は、介護保険の給付金を受け取ることはできない。要支援・要介護のいずれかに認定されると、介護保険適用のサービスを利用できるようになる。

- ・要支援1 …食事、排泄、移動、入浴といった日常生活を送るにあたっての基本的な行動（日常生活動作）であれば、ほぼ自力で行うことができますが、症状の進行を防ぐために、買い物や家事全般、服薬や金銭の管理など（手段的日常生活動作）において一部支援が必要とされる状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額5万30円で、一例として、週1回の介護予防訪問、月2回のショートステイなどのサービスを受けることができる。

- ・要支援2 …要支援1と比べて手段的日常生活動作を行う能力に低下が見られ、身の回りの世話などに何らかの介助を必要とし、立ち上がりや歩行などの動作に支えを必要とすることがある状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額10万4,730円で、一例として、週2回の介護予防訪問、月2回のショートステイに加え、歩行補助用の杖をはじめ、福祉用具の貸与といった介護サービスを受けることができる。

- ・要介護1 …要支援状態からさらに手段的日常生活動作を行う能力が低下し、部分的な介護が必要で、立ち上がりや歩行の際にも不安定さが見られる状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額16万6,920円で、一例として、週3回の訪問介護、週1回の訪問看護、週2回のデイサービス利用、三か月間に1週間程度のショートステイ、歩行補助の杖など一部の福祉用具貸与といったサービスを受けることができる。

- ・要介護2 …要介護1の状態に加え、日常生活動作においても部分的な介護が必要になり、物忘れや理解力の低下が見られる状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額 19 万 6,160 円で、一例として、週 3 回の訪問介護、週 1 回の訪問看護、週 3 回のデイサービス利用、三か月の間に 1 週間程度のショートステイ、認知症老人徘徊感知機器など一部の福祉用具貸与といったサービスを受けることができる。

- ・要介護 3 …日常生活動作、手段的日常生活動作の両方の能力が低下し、食事や入浴は自力で行えないなど、日常生活動作に全面的な介護が必要な状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額 26 万 9,310 円で、一例として、週 2 回の訪問介護、週 1 回の訪問看護、週 3 回のデイサービス利用、毎日 1 回の夜間の巡回型訪問介護、二か月の間に 1 週間程度のショートステイ、車椅子や特殊寝台などの福祉用具貸与といったサービスを受けることができる。

- ・要介護 4 …要介護 3 と比べてさらに動作能力に低下が見られ、排泄を 1 人で行うことができないなど、介護なしに日常生活を送ることが困難な状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額 30 万 8,060 円で、一例として、週 6 回の訪問介護、週 2 回の訪問看護、週 1 回のデイサービス利用、毎日 1 回の夜間対応型訪問介護、二か月の間に 1 週間程度のショートステイ、車椅子や特殊寝台などの福祉用具貸与といったサービスを受けることができる。

- ・要介護 5 …日常生活動作、手段的日常生活動作の両方の能力が著しく低下し、「意思の伝達が困難」「寝たきり」など、生活全般にわたって全面的な介助を必要とする状態。

※介護保険制度の支給限度額は月額 36 万 650 円で、一例として、週 5 回の訪問介護、週 2 回の訪問看護、週 1 回のデイサービス利用、毎日 2 回の夜間対応型訪問介護、一か月の間に 1 週間ほどのショートステイ、特殊寝台やエアーマットなどの福祉用具貸与といったサービスを受けることができる。



図 14 要介護認定の手続きの流れ

(出所) みんなの介護 <http://www.minnannokaigo.com/>

表 5 介護保険法で定められた 16 の特定疾病

1	がん（末期）	9	脊柱管狭窄症
2	関節リウマチ	10	早老症
3	筋萎縮性側索硬化症	11	多系統萎縮症
4	後縦靱帯骨化症	12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および 糖尿病性網膜症
5	骨折を伴う骨粗鬆症	13	脳血管疾患
6	初老期における認知症	14	閉塞性動脈硬化症
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性 症およびパーキンソン病	15	慢性閉塞性肺疾患
8	脊髄小脳変性症	16	両側の膝関節または股関節に著しい変 形を伴う変形性関節症

(3) 介護保険で受けられるサービス

介護保険で受けられるサービスには、大きく分けて「居宅サービス」「施設サービス」「地域密着型サービス」の3種類ある。

①居宅サービス

居宅サービスとは、介護福祉士や訪問看護師が利用者の自宅を訪問し、日常生活の介助を行う「訪問介護」、利用者がデイサービスセンターなどを訪れて介護サービスを受ける「通所介護」など、自宅に居ながら受けられるサービスのことをいう。入浴・排泄・食事など被介護者の体に直接触れる介護の他、看護師や保健師などが医療行為を行う「訪問看護」、短期間施設に入居して介護を受ける「ショートステイ」、特定施設（ケアハウスなどの有料老人ホーム）への入居、福祉用具のレンタルサービスなども居宅サービスに含まれる。

注意したいのは、特定施設に入居してサービスを受けている場合でも、分類上は、施設サービスではなく居宅サービスとして位置づけられるという点です。老人ホームは、入居者が自分の家として生活するための施設と考える。

②施設サービス

介護保険法によって施設サービスと認められているのは、「介護老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「介護療養型医療施設」の3つとなる。

・介護老人保健施設

病状が安定していて入院治療の必要がない利用者が、医師や理学療法士のもとで医療ケアやリハビリを受けながら、在宅での介護を目指すための施設であり、在宅復帰を前提としているため長期の利用は受け付けていない。

・特別養護老人ホーム

身体上または精神上の障害により常時介護が必要な状態の人を対象とした施設であり、入居

希望者が非常に多いため、順番待ちでなかなか入れないという問題も起きている。

・介護療養型医療施設

介護保険制度開始時に、介護の療養病床として許可された医療機関のことを指す。ただし、この施設は、もう医療行為が必要ないにもかかわらず、退院してもケアしてくれる人がいないという理由から、やむを得ず入院しているという「社会的入院」の温床になっているとの批判があり、国の方針で今後は新規の認定が行われず、病床数は減少していく予想されている。

③地域密着型サービス

市区町村によって指定された事業者が、その市区町村に住む利用者を対象として行うサービスであり、要介護状態になった高齢者が、今まで通りの住み慣れた環境で、地域住民と交流を持ちながら介護サービスを受けられるようにすることを目的に、2006年から新たにスタートした。小規模で運営される地域密着型のグループホームなどに入居できる他、24時間対応が可能な介護職員による定期巡回サービスや、認知症の高齢者だけに特化したケアなど、柔軟なサービスを受けられる点も特徴である。

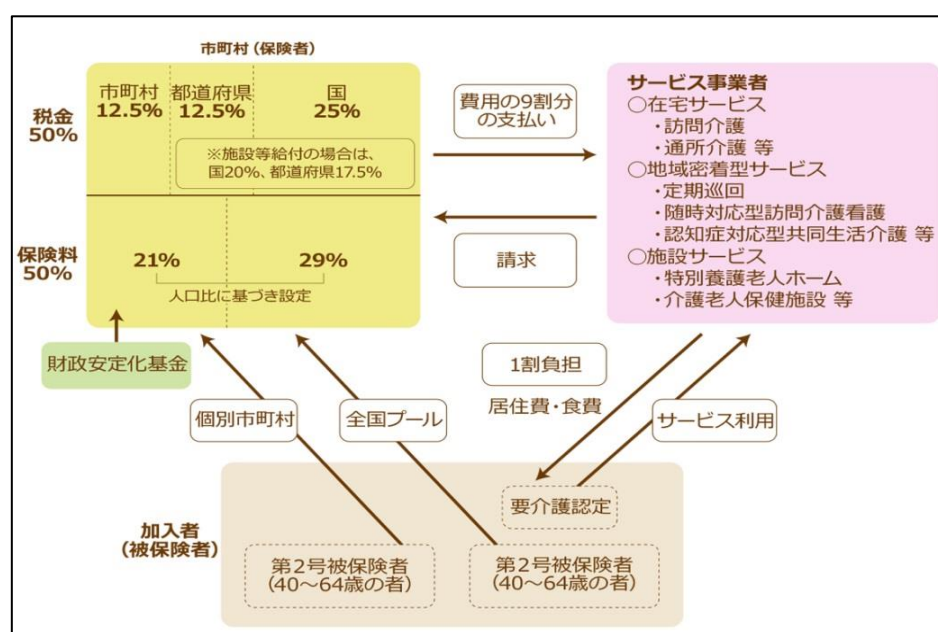


図 15 介護保険の仕組み

（出所）みんなの介護 <http://www.minnnanokaigo.com/>

（4）わが国が向かおうとしている地域包括ケア

介護保険は2012年4月に2度目の大改正が行われ、その基本方針は「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めることである。

地域包括ケアは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サー

ビスが日常生活の場で提供できるような地域での体制」とされ、「おおむね 30 分以内に必要サービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする」と定義されている。

地域包括ケアの 5 つの視点による取組みは以下の通りとなる。

①医療との連携強化

24 時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

②介護サービスの充実強化

特養などの介護拠点の緊急整備、24 時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

できる限り要介護状態とならないための予防の取組みや自立支援型介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護

一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、さまざまな生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）

高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

4 在宅サービスと地域密着型サービス

公的介護保険で利用できるサービスのうち、在宅サービス、地域密着型サービスの内容をみていきましょう。

主な在宅サービス

在宅サービスには、自宅で受けるサービスと、施設に通って受けるサービスがあり、本人・

家族の状況や必要性に応じて選び、様々な組み合わせで利用することができます。なお、有料老人ホームなどで暮らしながら受けるサービスも、在宅サービスに分類されています。

	サービスの種類	内 容
自宅で受けるサービス	訪問介護	ホームヘルパーが家庭を訪問し、入浴・排泄の介助などの身体介護や調理・洗濯・掃除などの生活援助をしてくれる。
	訪問入浴介護	浴槽を積んだ巡回車などが家庭を訪問し、家庭で入浴の介助をしてくれる。
	訪問看護	病状が安定したあと、医師の指示のもと、看護師や保健師が家庭を訪問し、療養上の世話や診療の補助などをしてくれる。
	訪問リハビリテーション	病状が安定したあと、医師の指示のもと、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が家庭を訪問し、リハビリの指導を受けられる。
	居宅療養管理指導	医師や歯科医師・薬剤師などが家庭を訪問し、療養上の指導や管理、ケアプランの作成に必要な情報提供を行う。
施設などを利用して受けるサービス	通所介護（デイサービス）	デイサービスセンターなどに通い、生活指導、日常生活訓練、健康チェック、入浴、機能訓練などを受けられる。
	通所リハビリテーション（デイケア）	老人保健施設や病院・診療所などに通って、理学療法士や作業療法士などから、入浴・機能訓練などを受けられる。
	短期入所生活介護（福祉施設でのショートステイ）	介護する人が病気などで介護できない場合、特別養護老人ホームなどに短期間入所し、介護・看護や機能訓練などを受けられる。
	短期入所療養介護（医療施設でのショートステイ）	老人保健施設・病院・診療所の療養病床などに短期間入所し、医学的管理のもとに、日常生活の介護や看護、機能訓練を受けられる。
	特定施設入居者生活介護	介護付き有料老人ホームやケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅などで行われる介護や日常生活上の世話も「在宅サービス」として公的介護保険の給付を受けられる。

図 16 介護保険サービス内容①

（出所）公益財団法人 生命保険文化センター「介護保障ガイド」パートⅡ 公的介護保険の仕組みと内容 P16

介護環境を整えるサービス	福祉用具貸与	車いすや特殊寝台、移動用リフト、歩行支援具など、自立を支援するための用具を支給限度額の範囲内でレンタルできる。
	特定福祉用具購入費の支給	再使用、使い回しになじまない腰かけ便座、特殊尿器、入浴補助具など、排泄・入浴のための用具の購入費が年度ごとに10万円（うち自己負担1割、所得が一定以上の第1号被保険者は2割）を限度に支給される。 ※福祉用具貸与の対象となるものを購入しても、支給対象とはなりません。 ※都道府県の指定事業者から購入する必要があります。
	住宅改修費の支給	手すりの取付けや段差の解消などの小規模な住宅改修の費用が、同一住宅・同一人につき原則20万円（うち自己負担1割、所得が一定以上の第1号被保険者は2割）を限度に支給される。 ※住宅改修を行う前に、市町村に住宅改修申請書等を提出する必要があります。

主な地域密着型サービス

可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活が継続できるように柔軟なサービスを提供すること

を目的に設けられました。事業者や施設の指定・指導などを市町村が行い、事業所や施設がある市町村の住民がサービスを受けられます。

	サービスの種類	内 容
自宅で受けるサービス	夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な巡回訪問、夜間の通報による随時の訪問があり、排泄・食事の介護、その他の日常生活上の世話をしてくれる（要支援1・2の人は利用不可）。
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	主に中重度の要介護高齢者の在宅生活を支援する目的で創設。日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の介護・看護サービスを受けられる（要支援1・2の人は利用不可）。
施設などを利用して受けるサービス	認知症対応型通所介護	デイサービスセンターなどで認知症に配慮した介護や機能訓練を受けられる。
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症のため介護を必要とする人が5～9人で共同生活を送りながら、家庭的な雰囲気の中で日常生活の介護や機能訓練などを受けられる（要支援1の人は利用不可）。
	小規模多機能型居宅介護	身近な地域にある小規模な施設で、通所サービスを中心に、事業所での宿泊や、自宅への随時の訪問サービスを組み合わせて受けられる。要介護度が重くなっても在宅での生活が継続できるように支援される。 ※訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与以外のサービスは併用できません。
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を持ち、利用者の状態に応じて通い（デイサービス）・泊まり（ショートステイ）・訪問（介護・看護）サービスを受けられる（要支援1・2の人は利用不可）。 ※訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与以外のサービスは併用できません。

図 17 介護保険サービス内容②

（出所）公益財団法人 生命保険文化センター「介護保障ガイド」パートⅡ 公的介護保険の仕組みと内容 P17

第2項 現行の介護保険制度について

1) 介護保険制度の抱える課題

介護保険政策はその政策過程から、保険者の在り方、被保険者の範囲、障害者福祉との関係、介護保険給付の内容など、さまざまな論点があった。これらの論点は、新たな社会保険制度をスタートさせるための調整や関係者間の合意形成を図れたものもあれば、将来への課題として残されたものもあった。

ここでは、現行の介護保険制度が抱える課題に触れていきたい。

(1) 財源の確保

前述のように介護保険は、サービス利用者が増加すると保険料が自動的に上がっていく仕組みだけに、要介護高齢者が増えれば、保険料の上昇は避けられない。国も、介護予防の導入や施設の居住費、食費の自己負担化、療養病床の削減などで費用抑制に努めているが、それ以上のスピードで費用の増大は止まらない。将来を考えれば保険料負担者の対象を拡大や給付カットなども考えられるが、介護保険制度自体の信頼性を揺るがしかねない。仮に、負担増加への合意を得るには、介護の質や給付の範囲も含めて、安心できる制度の全体像を示す必要がある。

(2) 介護人材とサービスの質の確保と需給のミスマッチ

平成 26 年度に各都道府県において行った介護人材にかかる需給推計の暫定値（以下「人材需給推計（暫定値）」という。）によれば、2025 年には約 248 万人の介護人材が必要と推計されており、厚生労働省は、2025 年度に介護職員が全国で約 38 万人不足するという推計を発表している。

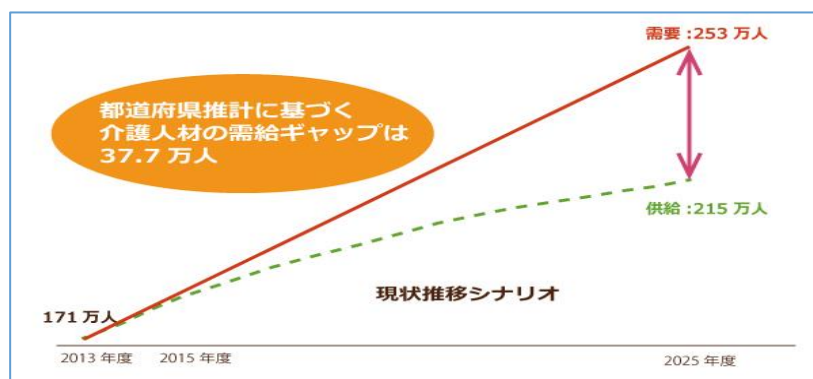


図 18 2025 年までにかかる介護人材需給推計

（出所）厚生労働省

2025 年といえば団塊の世代が 75 歳以上になる年であり、要介護者の数も相当な数に上ることが予測されるとき考えると、それは大きな衝撃となり、なおさら超高齢社会の介護に対する不安が

広がった。

2025 年度には介護サービスの利用者が増えて推計で約 250 万人の介護職員が必要になる中、今の増員のペースのままでは 215 万 2000 人しか人員を確保できない見通しである。一方、既に生産年齢人口（15 歳から 64 歳）は減少局面に入っており、2025 年に向け、更なる減少が進むことが見込まれ、経済状況の好転に伴う他産業への人材流出といった懸念や離職率の高さ、定着率も大きな課題である。また、医療的ニーズの高まりや、認知症高齢者、高齢者のみ世帯の増加等に伴い、介護ニーズの高度化・多様化に対応しうる介護人材の質的向上を図る必要がある。

こうした中、2025 年に向け、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」構築のため、不可欠かつ最重要な基盤の一つである介護人材を、量・質ともに安定的に確保するための道筋を示すことは喫緊の課題である。

(3) 介護サービスの質の確保と従事者の地位向上

厚生労働省の賃金構造基本統計調査によると、全産業の月平均の現金給与額に対して、社会保険・社会福祉・介護事業は低い傾向にあり、約 10 万円近い隔たりがあるのが現状です。収入の差が開いているのは、勤続年数に差があることも大きな理由と見られており、全産業の勤続年数の平均が 11.9 年に対して、福祉施設介護員は平均で 7.1 年、ホームヘルパーは 5 年 1 か月と勤続年数の短さは、介護職員やホームヘルパーの離職率の高さも示している。厚生労働省管轄の公益財団法人「介護労働安定センター」が発表した調査によると、2013 年の産業全体の離職率が 15.6% に対して、介護職員の離職率は 16.6% となっている。高い離職率で知られる介護の仕事だが、近年は、勤務体制や待遇を見直す一部の事業所や介護施設の努力もあって離職率は全産業の平均と差がなくなりつつある。しかし、若者の介護離れは進んでおり、どこの介護施設や事業者も新卒者の採用が難しくなっている。2015 年度介護報酬改定においても、これまでの 1 人当たり月額 3 万円相当の賃金改善に加え、月額 1 万 2 千円相当の介護職員の賃金引き上げのための措置が講じられることとされた。こうした施策を一過性のものとせず、効果を維持・向上させ、持続的な介護人材確保のサイクルを確立し、量と質の好循環を図るためには、今後、必要とされる介護人材を確保していくための施策の全体像を明らかにし、「参入促進」「労働環境・処遇の改善」「資質の向上」に資する対策を、地域の実情に応じて、総合的・計画的に進める必要がある。

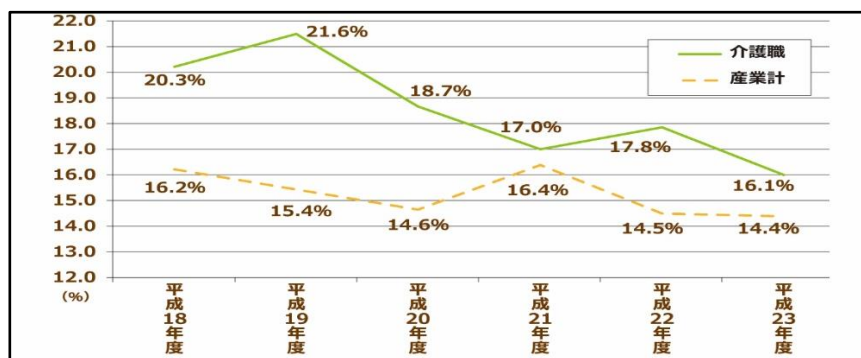


図 19 介護職と産業計の離職率の推移

(出所) 介護労働センター、厚生労働省

(4) 介護施設の不足と在宅介護

入所にあたっては、要介護の認定レベルや、認知症や他の持病の有無などが評定基準となっており、たとえ空きがあったとしても、希望の施設に入所できるわけではない。民間の老人ホームは重度の要介護者でも受け入れてくれるところが多いのですが、入所に際し、数百万から数千万円の多額の初期費用が必要になることもあり、月々の利用料が平均でも 25 万円を超えてしまうところも多い。

「介護老人保健施設」は、医療ケアやリハビリを必要とする重度の要介護者を受け入れる公的な施設であるが、あくまでも在宅復帰を目指したもので、長期の滞在は許されない。3 か月ごとに継続のための審査があるため、治療やリハビリを行いながら、在宅介護に向けての準備、または長期で入所できる介護施設を探すことになる。

つまり、経済的に余裕があれば、民間経営の豪華な老人ホームに入所すれば良いのだが、2013 年の調査では、全国の有料老人ホームの入居率は 8 割程度と発表されており、探せば空きはある（「社会福祉施設等調査の概況」／厚生労働省より）。多くの方達が入所を希望するのは「特別養護老人ホーム」、いわゆる「特養」であり、「介護施設が足りない」と騒がれているのは、「特養」の空きがないことを指している。「特養」には入所金はなく、月にかかる費用も数万円から多くて十数万円と賃貸住宅に居住する程度でおさまる。しかも、重度の要介護者や認知症の方も受け入れてくれるので、寝たきりの方にとっては終の棲家となっているのが現状と言ってよいだろう。

「特養」に限ってみれば、空きを待つ「待機高齢者」は 50 万人を超えたとも言われ、2010 年の厚生労働省の調査によると、全国の「特養」の定員に対する入所申込者数の割合は 3.4 倍の狭き門だと報告されている（平成 22 年度 老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業」より）。「特養」が足りない背景には、国の基本姿勢が「在宅介護」にあるという点が大きく影響しており、厚生労働省は「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60% 以上の国民が『自宅で療養したい』と回答した」と明言している（高齢者の健康に関する意識調査'平成 19 年度内閣府調査）。その上で、「在宅医療・介護の推進プロジェクトチーム」を設置し、「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」を 2013 年度から始まった 5 か年計画に加えた。高齢者の介護サービスに対して、施設に支払われる介護報酬は 3 年ごとに見直しがされるが、在宅医療と介護を推進すべく、2015 年 4 月にスタートした報酬改正では、「特養」への報酬配分を減らし、全体としては、2.27% の減となり、それに対して訪問介護への報酬は引き上げる形をとったのである。例えば、認知症等を患う要介護度の高い人へのデイケアサービスでの加算は行ったが、介護施設が認知症の人を受け入れても加算されることはないのである。つまり、国としては介護施設を増設するのではなく、地域で包括的な医療と介護を提供し、高齢者が在宅のまま最期の時まで過ごせることを最終目標として動き出していることがわかる。

「特養」で生活する場合と、在宅で訪問介護サービスを受けるのでは、単純計算で 3 倍近く財源に差が生まれる。介護サービスの費用は、原則として要介護認定を受けた 65 歳以上の人であれば、費用の 1 割を自己負担（限度額などは介護認定区分で違う）すれば良いわけであるが、残りの 9 割は、税金と 40 歳以上の人が払う介護保険料が財源となっている。今後、超高齢化がすすめ

ば、この財源確保が厳しくなることは目に見えており、国としては何としても在宅医療・在宅介護を徹底したい考えになるのは当然のことである。各自治体は国からの強い要望を受け、地域の医療機関や訪問介護サービス事業者と、徹底した連携をとれるようサービスや財源の構築をスタートさせている。こうした国の在宅介護推進によって「特養」が劇的に増えることは恐らくないとするのが妥当である。しかし、国がどんなに在宅介護を推し進めたとしても、重い認知症や身体障害をもっている高齢者の場合、24時間見守る人がいなければ命の危険が伴うこともあすので、「特養」に入所できず在宅介護を強要された場合は、身内が同居して介護をするしかなくなってしまうことも考えられる。

こうした現状を踏まえると、一般的な収入の高齢者において「終の棲家」となる施設を確保することはますます厳しくなっていき、「終末期ケアを自宅で」という国のスタンスを受け入れるためには、各地域包括センターの早急な手立てが重要になるとともに、高齢者を抱える家族の覚悟も必要になってくる。将来的には、もし自宅介護以外に方法がなくなった時、誰が介護を担うのかは喫緊の問題として家族で事前に話し合っておく必要も出てくる。

表 6 介護施設における入居難易度

(出所) 介護ポストセブン <https://kaigo.news-postseven.com/>

	施設種類	受入状況		入居難易度	その他
		費用	介護レベル		
介護保険施設	特別養護老人ホーム	安	原則要介護3以上	高い	
	介護老人保健施設	安～中	要介護1以上	高い	
	介護療養型医療施設	安～中	中～重度	高い	多床室の場合が多い
	軽費老人ホーム	安～中	自立～軽度	高い	認知症は不可の場合も
	ケアハウス	安～中	自立～重度	低い	
地域密着民間施設	グループホーム	安～中	要支援2以上	高い	
有料老人ホーム (民間施設)	介護付有料老人ホーム	中～高	施設によって異なる	低い	
	住宅型有料老人ホーム	中～高	施設によって異なる	低い	
	健康型有料老人ホーム	高	要支援・要介護者不可	低い	認知症は不可
高齢者向け住宅 (民間施設)	サービス付き高齢者住宅	中～高	60歳以上または特定疾患者	低い	認知症は不可の場合も
	高齢者専用賃貸住宅	中～高	自立～中度	低い	認知症は不可の場合も
	高齢者向け優良賃貸住宅	中	自立～中度	低い	認知症は不可の場合も
	シニア向け分譲マンション	高	自立～重度	低い	認知症は不可の場合も

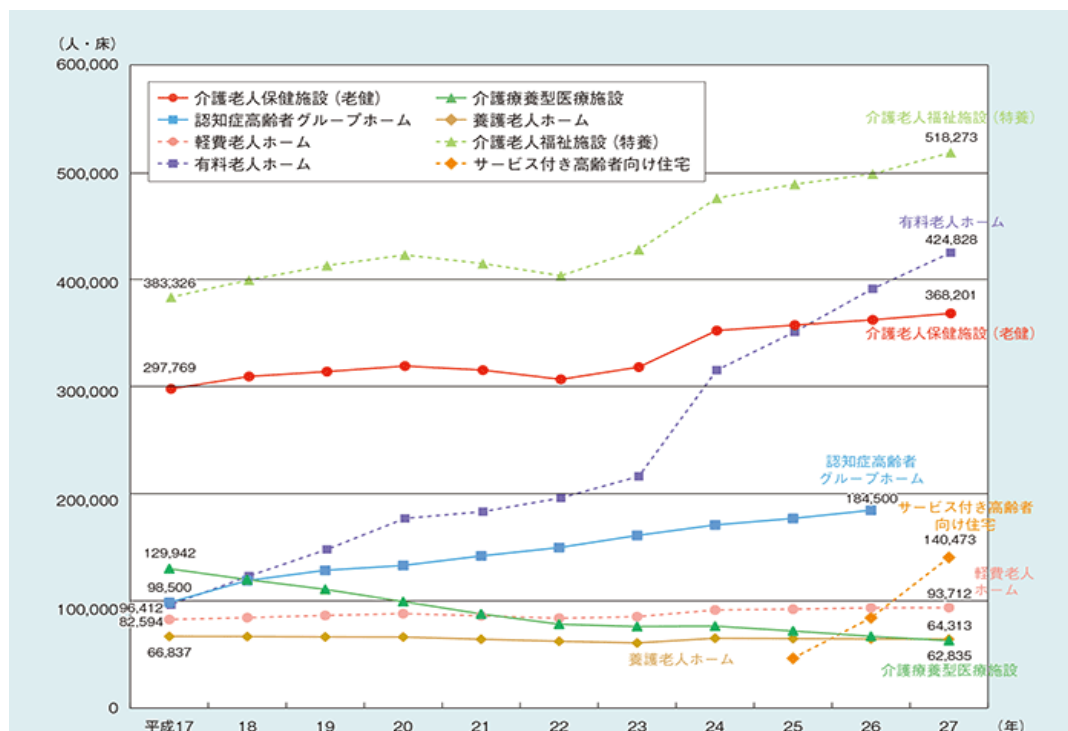


図 20 介護施設等の定員数(病床数)の推移

(出所) 経済産業省「将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会報告書(2016年)

厚生労働省「介護サービス施設・事業調査」、「社会福祉施設等調査」

(5) 介護認定に関する問題

要介護認定は、市区町村が行うものであり、介護保険制度の公平性を担保するためには、市区町村ごとに認定にばらつきがあってはいけない。なぜなら、要介護が1段階違うだけで受けられる介護サービスが大きく異なってくるからである。

A市では「要介護1」だったが、B市では「要介護3」になったということでは、制度の信頼性自体がゆらぎかねない。しかしながら、実際に認定を行うのは「認定調査員」と呼ばれる人たちであり、介護保険について専門知識を持つ市区町村の職員や市区町村が委託した事業者、ケアマネージャーなどが調査を担当しますが、人が行うことだけに、認定にばらつきが出てしまうことは否めないことが問題である。

「要介護度」は「要介護認定等基準時間」と呼ばれる「介護の手間」によって決められる。コンピュータによる一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として「要介護認定等基準時間」と呼ばれる「介護の手間」の判断によって審査が行われる。すなわち、「必要な介護を提供するのに必要な時間がどの程度あるか」を計測するのである。「要介護認定等基準時間」を基準時間に基づき、6段階に分類したものが「要介護度」に分類される。

表 7 要介護認定基準時間

(出所)厚生労働省

(要介護認定等基準時間)		(要介護度)
25 分未満	→	非該当
25 分以上 32 分未満	→	要支援 1
32 分以上 50 分未満	→	要支援 2/要介護 1
50 分以上 70 分未満	→	要介護 2
70 分以上 90 分未満	→	要介護 3
90 分以上 110 分未満	→	要介護 4
110 分以上	→	要介護 5

一次判定では、認定調査における基本調査 74 項目の結果から、「要介護認定等基準時間」や「中間評価項目得点」（高齢者の健康状態を統計処理し、数値化したもの。例えば、有無で評価する調査項目のうち、「昼夜逆転」がない場合 3.9 点となる）を算出し、さらに当該申請者における要介護度の結果が示される。認定調査項目は「能力」「介助」「有無及び頻度」で構成されている。

主な調査項目は以下の通りとなる。

●能力で評価する調査項目（18 項目）

（調査対象者に実際に行ってもらい、あるいは状況を聞き取る）

寝返り/起き上がり/座位保持/両足での立位保持/歩行/片足での立位/えん下/意思の伝達/
生年月日や年齢を言う/自分の名前を言う/今の季節を理解する/場所の理解 など

●介助で評価する調査項目（16 項目）

（介助が行われているかどうかを聞き取る）

洗身/つめ切り/排便/食事摂取/口腔清潔/上衣の着脱/ズボン等の着脱/薬の内服/
金銭の管理/買い物/簡単な調理 など

●有無で評価する調査項目（21 項目）

麻痺等の有無(左上肢、右上肢、その他)/拘縮の有無(肩関節、股関節、膝関節、その他)/
徘徊/物を盗られたなどと被害的になる/作話/泣いたり笑ったりして感情が不安定になる/
昼夜の逆転がある/介護に抵抗する/物を壊したり衣類を破いたりする/
いろいろなものを集めたり無断でもってくる/自分勝手に行動する/しつこく同じ話をする
話がまとまらず会話にならない/一人で外に出たがり目が離せない/
意味もなく独り言や独り笑いをする/集団への不適応 など

ここで大きな役割を果たすのが認定調査員となる。認定調査員は、調査項目をもとに、申請者から直接聞き取り調査を行う。調査項目は多岐に渡っており、これだけ多くの内容を短時間で調査するのは、極めて困難と考える。しかし、高齢者の今後の生活を左右するだけに判断ミスは許されない。

「介護認定審査会」は、認定調査員の判断を複数の審査会委員によって確認、確定するために

行われる。委員は、保健、医療、福祉に関する学識経験者であり、市区町村長が任命する。「介護認定審査会」では、各調査項目の定義と特記事項や主治医意見書の記載内容を明らかにし、調査内容に疑義があれば修正し、その後、要介護度を決定づける「介護の手間」についても多少議論し、介護認定審査会として意見を付して事務局へ伝達し終結となる。

実際に、都道府県別の要支援・要介護認定率について地域によってばらつきがあるというデータも出ており、最大で 8.6 ポイントもの差が見受けられた。認定を行う市区町村が財政難であったり高齢者が多かったりする場合、なるべく厳しく判定する姿勢で取り組んでいる可能性も指摘されており、問題は思った以上に複雑である。調査現場でのモラルハザードも深刻な問題となっている。何とか、要介護認定を得たい高齢者と彼らに対峙する認定調査員に、なるべく重い症状を訴え、同情の念を引き出そうとする高齢者もいるという声も一部から聞かれる。真面目な高齢者ほど、認定現場では頑張りすぎてしまい、本来の要介護度から乖離してしまうケースもある。このような状況からも、認定調査員が短時間で申請者の現状を客観的に捉えることは、かなり難しいと言える。

要介護認定制度の公平性を保つために、認定調査員に対する研修等を行い、状況の改善を図る厚生労働省は、要介護認定制度の公平性を保つために、認定調査員に対する研修等を行い、状況の改善を図っているが、十分に機能しているとは言いがたい状況である。認定調査員の能力向上は必要であるが、人が行うことだけに間違いは当然起きてしまうのも真実である。調査を「属人的なものにしている」ことがそもそもの間違いであるのかもしれない。

判断ミスが起きるということは現状の仕組みに穴があるということであり、「調査をする人と認定をする人が違うのはおかしい」「現行の 7 段階の要介護区分が複雑すぎ、認定調査員自体が理解できていない」という声もあがっている。

介護保険制度における要介護認定は、給付の前提となるものである。ここに矛盾があっては、公平性を保てず、制度の存続が危ぶまれる。介護保険制度の信頼性を高めつつ、制度の仕組み自体にメスを入れる時期に来ているのかもしれない。

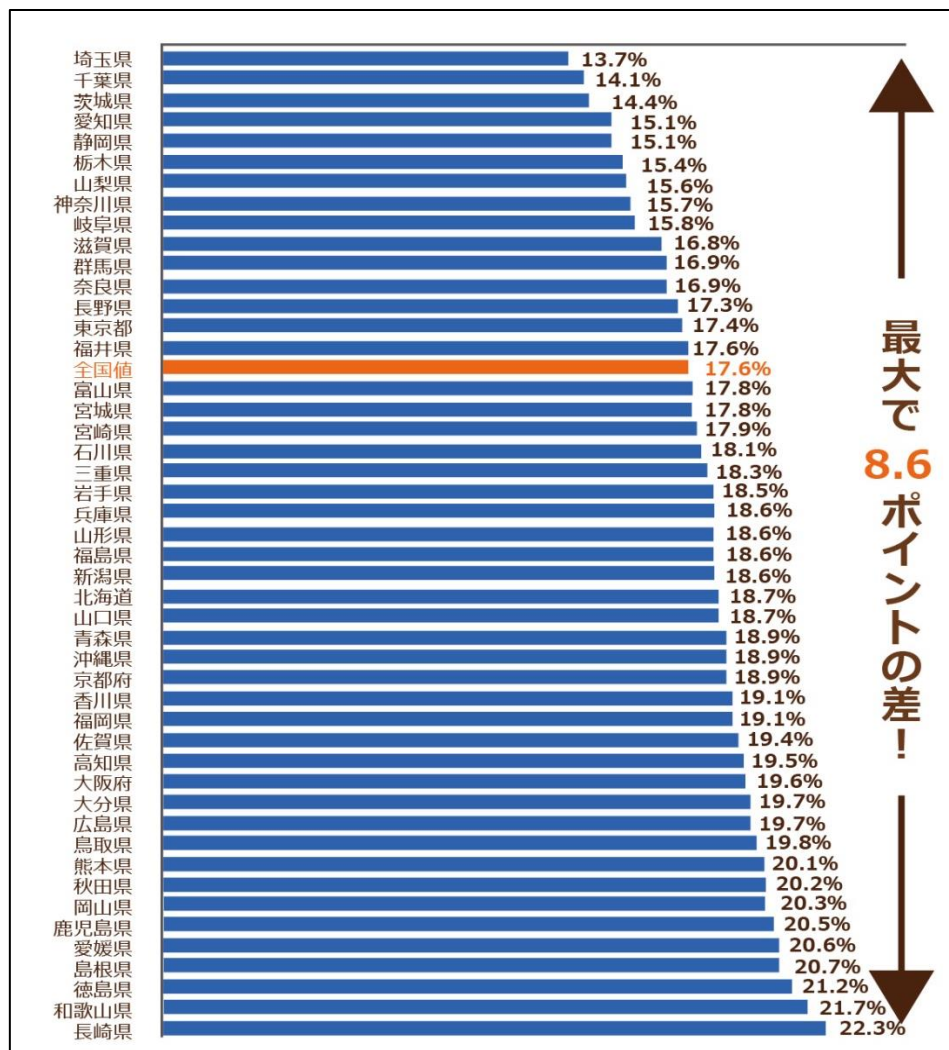


図 21 都道府県別要支援・要介護認定率

(出所) 厚生労働省

第3項 介護保険サービス現場における問題点

ここでは、実際の介護サービスが行われる現場での、介護をする側とされる側、都市と地方、混合医療や最新の改正介護保険法の問題点、民間介護保険などの視点から、さまざまな問題点を整理して、課題を明確にしていきたい。

1) 増加する「老老介護」「認認介護」

「老老介護」とは、65 歳以上の高齢者を同じく 65 歳以上の高齢者が介護している状態のこと、で、「高齢の妻が高齢の夫を介護する」「65 歳以上の子供がさらに高齢の親を介護する」などのケースがある。2016 年に厚生労働省が行った国民生活基礎調査では、老老介護の割合が世帯の半数以上に当たる 54.7%という結果が出ている。ともに 75 歳以上の世帯は 30.2%と初めて 3 割を超えた。高齢化が進んだうえに、世代をまたぐ同居が減った結果とみられる。

老老介護の場合、介護する側の精神的、肉体的な負担は大きく、介護者へのケアも重要になる。老老介護では、介護する側も軽度の要介護状態であることも珍しくない。このような状況の中で、介護保険サービスをむやみに削減すべきではないとの意見も多い。

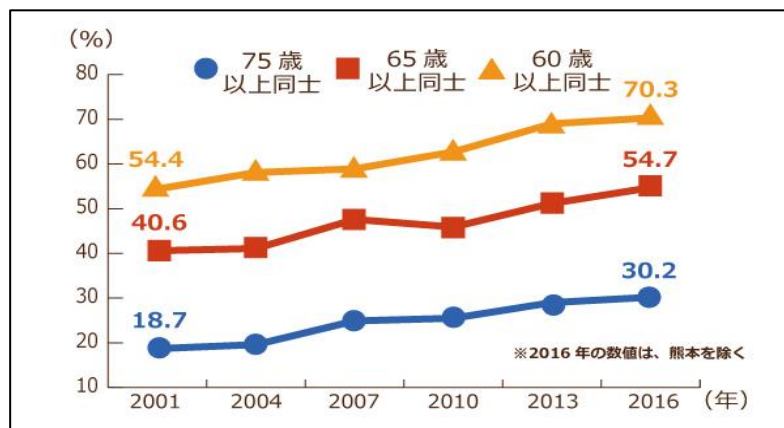


図 22 年齢別にみた同居の主な介護者と要介護者等の割合の年次推移

(出所)厚生労働省「国民生活基礎調査より」

また「認認介護」とは、老老介護の中でも、認知症の要介護者を認知症の介護者が介護していることを認認介護という。事故が起きやすい危険な介護状況の一つである。2010年に山口県で行われた調査と推計では、県内で在宅介護を行っている世帯の10.4パーセントが認認介護状態にあるとされというデータもある(参考:山口県本部「在宅介護における認認介護の出現率組合員2万人及び介護事業所507ヶ所調査結果」)。

もともと認知症は要介護状態を招く原因の上位に入っているため、高齢の要介護者には認知症の人が多いという現状があり、そうした事情を考えると、老老介護がやがて認認介護状態になるのは珍しいことではないことがわかる。

老老介護の中には、「自分に認知症の症状がある」という自覚が無いまま介護を続けている人も

いると考えられ、その割合や実態は非常につかみにくいものとなる。

老老介護の問題点は、要介護者の介護度にもよるが、一般的には高齢になるほど体の自由が利かなくなり、介護者の肉体的な負担が増えていく。介護士でさえ腰痛が職業病の一つとされるほどなので、介護者が高齢の場合はさらに大変であることが容易に想像できる。

また、精神的な負担もあり、そのストレスが被介護者への虐待行為に結び付くおそれがある。高齢者が高齢者を介護している場合、肉体的・精神的な限界が来て、介護者本人も第三者のサポートがないと生活できない、いわゆる「共倒れ」状態になることも考えられる。強いストレスは認知症を引き起こす原因になり得るという研究結果もあり、周囲から孤独している老老介護ほど、認知介護に陥りやすいとされている。

認知介護の問題点は、認知症による記憶障害や判断力・認識力の低下により、食事や排せつその他の必要な世話をしたかどうか、介護者にもわからなくなってしまうことである。認知症には「食欲の低下」という症状があり、自分で気付かないうちに低栄養状態に陥ることも考えられ、体力の衰えている高齢者には、低栄養状態はとても危険となる。また、水道光熱費などの支払いを忘れて、生活環境を維持できなくなることもある。金銭の管理が曖昧になると悪徳商法や詐欺のターゲットになりやすいし、火の不始末による火事や、徘徊中の事故なども心配となる。

認知症の要介護者は、介護を強硬な態度で拒むことも多く、拒否されたほうが「なんとかしなければ」と力づくになってしまい、事件や事故につながることもあります。認知症の介護者が、自分が何をしているのか認識できないまま加害者になってしまうケースもある。

2) 都市と地方、遠距離介護

国内の 65 歳以上高齢者は、2015 年から 2025 年までの 10 年間で 262 万人増加すると計されており、介護需要の増加が見込まれている(参考:国立社会保障研究所・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)」の出生中位(死亡中位)推計)。一方、介護需要増加に見合う介護施設が現状では不足しているため、特に、家族や地域の関係性の希薄化が顕著な都市部では、介護サービスを十分に享受できない高齢者の増加が懸念される。これを受けて政府は、都市部から人口減が進む地方へ高齢者を移住させることなどを検討している。

しかし、実際の高齢者の移住行動を見ると、同一都道府県内への移住が多く、他の都道府県へ移住する場合でも近隣の都市、あるいは都市近辺など利便性の高い都市部が中心になっている。そのため、政策的なインセンティブが大きくなければ、今後も介護サービスを目的とした地方移住はあまり増加せず、一定の規模にとどまると考えられる。

全国の 65 歳以上高齢者数(介護保険の第 1 号被保険者)と、そのうち介護給付を受けられる要介護要支援認定者の割合、さらに特養の入居基準となっている要介護 3 以上の割合を示している(要介護 3 以上とは、排泄・食事・入浴の介助も必要なレベルであり、自立生活が困難なケースが多い)。2006 年 4 月から 2016 年 4 月の 10 年間で、65 歳以上高齢者数は全体で 3 割増加しており、要介護 3 以上と認定される高齢者の割合は期間を通じて全体の 6%程度と変化していない(参考:厚生労働省「介護保険事業状況報告」)。

表 8 第 1 号被保険者数と要介護支援認定者、要介護 3 以上の割合

	2006 年 4 月	2008 年 4 月	2010 年 4 月	2012 年 4 月	2014 年 4 月	2016 年 4 月
第 1 号被保険者 (人)	25,935,454	27,566,882	28,945,267	29,855,066	32,104,772	33,871,028
要介護認定者	16%	16%	16%	17%	18%	18%
要介護 3 以上	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %

現在、政府は健康寿命の延伸を目指しているが（2022 年度末までが計画期間）実施後も、要介護要支援等に認定される高齢者の割合低下しなかった。そのため、新たな計画が実施された後の 2025 年までの期間についても、要介護要支援認定者および、要介護 3 以上と認定される高齢者の割合が大幅に低下するという楽観はできない。

高齢者を「65～74 歳」「75～84 歳」「85 歳以上」の 3 層に分けた人口構成だ。高齢層の中でも、より年齢の高い老人の比率が今後、高くなっていく。100 歳を超えて元気な人がいるし、医療は進歩するだろうが、やはり健康や生活に支障を来すリスクは年齢を重ねるとともに増大する。

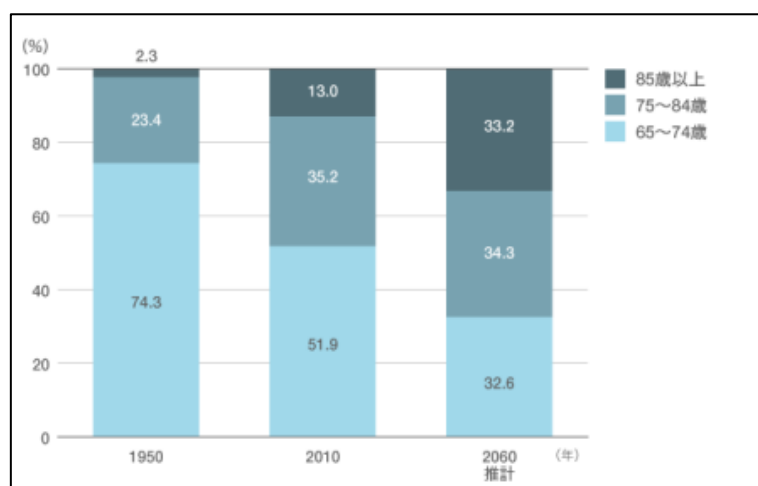


図 23 高齢人口の高齢化

(出所) 総務省統計局「国勢調査」「推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012 年 1 月推計）」[出生中位・死亡中位推計]

警察庁の発表によると、2016 年の認知症の行方不明者は、1 万 5432 人と前年より 3224 人も増えた。統計を取り始めてから毎年、最多記録を更新し続けている。独居老人の人数、割合とも増加傾向にあり、届け出のなかった行方不明者はもっと多いと考えられる。若者が流入する首都圏や大都市では高齢化は問題にならないという認識もあるが、これは大きな間違いである。東京都と神奈川、沖縄県では 65 歳以上の高齢者人口が、10 年から 40 年に 50%以上増加する。同じ期間中、埼玉、千葉、愛知、滋賀県で 40～50%、宮城、茨城、栃木、兵庫、福岡県と京都、大阪府で 30～40%増えるなど、大都市での増加率が高い。大都市で将来介護難民が大発生することも十分予想できる。

一方、地方では「介護の担い手」が消えかねない事態問題となってきた。2016 年 3 月下旬に経済産業省が公表したデータで『介護人材の確保が困難な地域』は、2015 年時点では全体のお

よそ 10%になる。20 年後には、『確保が困難』な地域は、全体の 40%余りになり、4 倍以上に増加する。中でも増えているのが、地方都市や過疎地域などである。

『人口減少』により、高齢化が進む一方で、介護の主力をになう年代が急速に減少していくため、高齢者の数に見合うだけの介護の人材がいなくなるという。入所を待つ「待機高齢者」は増加傾向にある一方で、年々、介護人材の確保が難しくなっている。

大幅な人口減少が不可避な以上、都市と地方、そして都市間での「人」と「人材」の奪い合いが既に始まっており、そう遠くない未来に、白黒がはっきりした後に待ち受けている、負け組となった自治体で始まる行政サービスの低下が懸念される。

また、遠く離れた地方に 1 人で住む親が介護が必要になった場合など、都市部に呼び寄せることも、離職して実家に帰るわけにもいかず、結果、遠距離介護というケースも多く見受けられる。この場合、介護保険での掃除、洗濯、調理などの「生活援助」は利用できるケースが一般的であったり、施設への入所の優先度が高くなる傾向など良い面もあるが、移動に伴う疲労や交通費の負担などの出費が膨らむ。帰省できる回数や、時間は限られているので、電話やインターネット、実家のある自治体における介護の情報収集、見守りサービスなど遠距離介護で役に立つサービスを利用することも一つの手段である。

3) 負担の増加による介護離職

育児・介護休業法があるとはいえ、仕事との両立ができず、離職する人は後を絶たない。介護離職一步手前の予備軍は、100 万人とも 200 万人ともいわれている。今の仕事から離れれば在宅ケアなどが進展し、介護時間を確保すれば収入の減少は避けられない。たとえ離職ではなくとも、介護による転職でも年収が 4 割程減少するというデータもある（参考：「仕事と介護両立と介護離職」2014 年 明治安田生命福祉研究所）。企業にいても管理職世代を戦力から失うことは大きな痛手となる。

総務省の最新の「就業構造基本調査（2012 年）」によれば、過去 1 年以内（2011 年 10 月～2012 年 9 月）に介護・看護のため前職を離職した人は約 10 万人に上る。今後も少子高齢化に伴い、働き手 1 人当たりの介護負担はますます増えることが予想され、働き盛りのビジネスパーソンにとっても、介護離職は他人事ではない。

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（厚生労働省委託調査）の「2012 年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書」によれば、「仕事と“手助け・介護”の両立が難しい職場だった」ことが仕事を辞めた理由と回答した割合は、男性（62.1%）、女性（62.7%）と約 6 割を占めている。さらに、手助け・介護を機に仕事を辞めた時の就業継続の意向をみると、「続けたかった」を選択した人が、男性（56.0%）、女性（55.7%）がもっとも多く、離職した人の半数は、仕事と介護の両立を希望していた状況がうかがえる。また、一方、介護について、勤務先に相談をした人の割合は、離職者のわずかに約 1 割にとどまっており、勤務先とのコミュニケーションが十分取れていなかった可能性もあると考える。

要介護 3 以上の在宅ケアは介護者にとって精神的・身体的な負担が重いだけでなく、施設のサービスを受給した場合よりも介護費負担が高額となるケースがあることを指摘しており、もし施設に入居できない要介護 3 以上の高齢者が増加すると、介護費増加や介護離職の主因なりやす

いことを述べている。こうした指摘を踏まえると、これらの地域では、2025 年にかけて高齢化に伴う介護費用の増加や介護離職が生じやすくなると考えられる。

介護離職ゼロを目指すには、介護職員不足の解消はもちろん不可欠だが、家族などによるインフォーマル支援が少なく済む介護施設の整備についても、計画的に進める必要がある。大都市周辺や地方都市で 2025 年までにどのように介護施設の整備を進め、介護離職を抑制していくかは、それ以降にピークを迎える大都市中心部での介護問題のヒントとなるかもしれない。国内では、認知症が進行し、身体に障害が出てきた場合でも退所の必要がなく、介護福祉士や管理栄養士などの専門職を含むスタッフによって 24 時間の介護・生活支援サービスが提供される介護施設は、特養や有料老人ホームに限定されている。しかし、これらの介護施設の定員数は 2014 年時点で要介護要支援認定者の 約 16%をカバーする程度しか整備されていない残りの約 489 万人は、状況に応じて通所介護や訪問介護を利用するなどして、在宅ケアを選択していることになる。

介護度が進んでいなければ、通所介護や訪問介護を利用することで自宅での生活を継続することが可能だが、そうでない場合、家族や親族などによって支えられている地域も多いと考えられる。なぜならば、介護施設と同じように 24 時間の在宅支援が受けられる定期巡回・随時対応サービスは、導入していない自治体もあるなど普及が遅れているためである。

また、仮に介護施設の定員数が現状から増えなかった場合、入所者を要介護 3 以上に限定したとしても全体の 38%しかカバーされないことになる。そうなれば、残りの要介護 3 以上の高齢者は在宅ケア（通所介護や訪問介護）を選択することになるだろう。単身世帯や高齢夫婦のみの世帯の場合、家族によるサポートも必要な訪問介護や通所介護の利用だけでは十分に対応できないほか、同居家族がいたとしても、家族の介護負担が大きくなり、介護離職に至るケースも増えると考えられる。施設整備が遅れば在宅ケアを選択せざるを得ない高齢者が増え、在宅ケアの負担増に直結する懸念がある。

従来の在宅ケアではいずれの世帯でも家族の負担も大きいため、それらを軽減できる定期巡回随時対応サービスの普及が期待されている。しかし、定期巡回・随時対応サービスの利用が進んでいない地域もある。こうした地域では、介護施設の整備を進めていくのと同時に、定期巡回・随時対応サービスを中心とした在宅ケアも充実させるよう早急に対策を講じる必要があるだろう。

4) 混合医療

介護サービスには介護保険で認められている「原則として 1 割負担の介護サービス」と、介護保険では認められていない、より選択肢が多い「全額負担の介護保険外の介護サービス」の 2 種類がある。混合介護とはこの両方の介護を受けることをいう。

具体的には、介護保険内のサービスを受けながら、介護保険内の介護サービスではカバーされない、より高品質の介護サービスを「希望により」自費で受けるという混合型のサービスである。そのために、介護保険のサービスと、介護保険外のサービスが明確に区切られていなければならない。この点が現状の混合介護の使いにくい問題の一つとなっている。

●混合介護のメリット

- ・充実したサービスを受けることができる
- ・介護保険内での介護サービスは最低限のサービスであり万全ではない。混合介護にすることで、要介護者と介護者にとって、介護保険内の介護サービスとは違う「充実したサービス」を必要に応じて受けることができる。
- ・事業者間の競争を促進し、介護業界の待遇改善や新たなサービスが期待される。
- ・混合介護を利用する人が増えれば、介護事業者は提供するサービスを柔軟に考えやすくなり、利益を増やしやすくなる。それにより、介護職員の収入も上がり、介護職従事者の増加および離職率の低下が予想される。何より、事業者間で健全な競争を行うことにより、要介護者にとっては、より質の高いサービスをより低い介護料で受けやすくなり、混合介護が利用しやすくなると、介護事業者、介護職員、要介護者や介護者、全てにメリットがあるといえる。
- ・介護者の肉体的、精神的負担を軽減できる。
- ・必要な介護保険外の介護サービスを自費で利用することで、肉体的、精神的に楽になる介護者も多くなると考える。ただし、介護保険外の介護サービスが経済的に負担できるかどうかという問題がある。

●混合介護のデメリット

- ・介護保険内と介護保険外の自費による介護サービスを明確に分けるのが難しい。
- ・要介護者に食事を作るのは介護保険内のサービスだが、要介護者の家族の分の食事を作るのは介護保険内のサービスにはならない。要介護者が流動食しか食べられない場合や、食べ物に制限がある場合は、この要介護者のためだけの食事作りはありがたいが、家族と同じ食品を食べることが可能な要介護者の場合、同じ材料、あるいはほぼ同じ材料を使って人数分多く作るだけの食事作りであっても、介護保険外のサービスになってしまうのである。調理の時間が少し長くなる程度の違いなのに、それができないということが、融通が利かない部分だと感じている方も多いようである。現状では厚生労働省は介護保険内の介護サービスと介護保険外のサービスを明確に分けるべきだとしているので、仕方がない部分でもある。
- ・要介護者の経済的負担がとても大きい。
- ・介護保険でカバーされない全額自費による介護サービスを利用すると、経済的な負担がどうしても大きくなってしまう。
- ・回復が見込めない要介護者の場合、負担が続くだけでなくより大きな負担がのしかかることになりかねない。

介護保険の適用外である自費のサービスとなります。利用者が全額自己負担で、介護保険に認定されていないサービス、たとえば草むしりや家族の分の調理・洗濯などを行ってもらうことである。混合介護は、これらの両方のサービスを同時に受けることをいい、たとえば、介護保険適用内の自分の食事を作ってもらうと同時に家族の食事も作ってもらったり、ペットの世話をしてもらうなど介護保険内のサービスを受けながら、それではカバーされないその他の付加価値の高いサービスを希望することにより、自費で受けてもらえる仕組みであり、より社会の生産性をアップさせるためにも混合介護は必要とされたのである。また、介護保険制度に頼っている事

業者間の競争が起こりづらいところを、混合介護で高品質なサービスを開発してもらうことにより淘汰が進み、介護業界の処遇が改善され新しいサービスが登場することなどが期待されている。介護に加えて家事代行としても介護事業者を使ってもらうことができ、家庭内での生産性をアップさせようという試みでもある。

混合介護の大きな懸念点として、判断力の鈍ったお年寄りに、高額なサービスを売りつける悪徳業者が登場してしまうことがあげられる。現在は、サービスをいくら行っても保険給付で賄える分しか介護報酬が出ないので、あまり悪徳業者が跋扈する余地はなかった。しかし、混合介護が解禁され、自由なサービスが登場すると、高齢者により高値でサービスを売りつけようというケースが増え、利用者の側でも、その良し悪しの判断がつかないのではという問題が考えられる。

そして、訪問介護は家庭内という密室で行われるため、外からは不正が行われていても発見しづらいという問題点も挙げられ、不正や悪徳事業者によるモラルハザードを食い止めるのは難しく、サービス提供者のモラルに任せるしかないのが現状である。また、認知症などで判断のつかない高齢者が狙われる可能性もある。高齢者は資産も持っている場合も多いので、なおのこと狙われやすい対象となってしまう危険がある。現在、介護保険外サービスを利用しているのはごくわずかにとどまっている。

現在も保険内サービスと介護保険外サービスを混ざって使うことはできるのだが、同じ時間内にできないという問題点があった。混合介護の解禁は、この異なる時間帯のものが、同一時間帯でサービスを提供できるようになるものである。

しかし、厚生労働省老健局の「公的介護保険制度の現状と今後の役割（2015年度）」を参照してみると、介護保険の支給限度額を超えて自己負担を使って保険外のサービスを使っている人は、全体の介護保険適用者の1.3%にしかならなかった。ほとんどの方が、介護保険の支給限度額範囲内で介護サービスを使っていることがわかる。非常に少ない人数しか保険外のサービスを利用していないのが現状である。

表 9 介護保険制度の利用状況

(出所) 厚生労働省老健局の「公的介護保険制度の現状と今後の役割（2015年度）」

	支給限度額	受給者一人 あたり平均費用	支給限度額に 占める割合	利用者に占める支 給限度額を超えて いる者の割合
要支援 1	50,030 円	19,695 円	39.4%	0.2%
要支援 2	104,730 円	35,879 円	34.3%	0.1%
要介護 1	166,920 円	70,771 円	42.4%	1.0%
要介護 2	196,160 円	98,464 円	50.2%	2.2%
要介護 3	269,310 円	148,145 円	55.0%	1.7%
要介護 4	308,060 円	180,352 円	58.5%	2.4%
要介護 5	360,650 円	223,054 円	61.8%	2.9%

また、要介護度が高くなると、保険外サービスの利用は当然だが増えていく。しかし、要介護度 4 になっても 2.4%、要介護度 5 になっても 2.9%と、支給限度額を超えて介護サービスを利用

している人の割合は非常に低いのが現状である。

介護保険のサービスは限度額を超えたら自己負担となるので、支給限度額まで使う人は少なく、介護度の低い要支援1の人で5万30円のところを平均して1万9,695円しか使っていないなど、介護保険の範囲内でしか介護保険制度が使われていないことが挙げられる。

介護保険制度がそれほどサービスとして利用されていないことを考えると、それを混合介護で自己負担の割合を増やしたからといって、果たして利用額が増え、介護の質が向上するのか、介護士の給与がアップするのか、という懸念も当然生まれてくる。

介護保険の支給限度額を超えている人は4万7,990人しかいない。時間帯という縛りがあるものの、介護保険の給付サービスと介護保険外のサービスを混合して利用している人はわずかな現状で、これ以上の規制緩和が果たして必要なのか、という疑問も生じてくる。その効果を見極めなくては、悪徳業者が増えるだけで終わってしまいかねなく、失敗となってしまう。必ずしも、いいことづくめではない混合介護の解禁混合介護が導入されると、自由競争が激化し、それは基本的に、介護の質そのものを大きく向上させることになるため、非常に喜ばしいことではある。

しかし、モラルに反する業者が増加し、判断力のない高齢者が狙われ、介護職員は疲弊、より一層介護職の人手不足が拡大するという悪循環も生みかねない可能性もある。混合介護の解禁は必ずしも諸手を挙げて大歓迎、というわけにはいかないが、自己負担がある限り、あまり介護保険サービスを限度額いっぱいまで使う人は少なく、介護サービスにお金を使える人が少ないこともわかる。混合介護は、介護保険等公的保険の上に成立している制度であって、絶対的に完全市場化と競争原理がうまく機能するとは考えにくいその動向を慎重に注視していく必要がある。

支給限度額の上限まで使わない人が多いのであれば、現行の介護保険制度とは別の形で経済的負担を抑えながら、介護保険内もしくは保険外のサービスが使えるような新しい施策を検討する必要があると考える。

5) 民間の介護保険

民間の介護保険のメリットは、現金が受け取れる点である。公的保険ではカバーできない分を民間の保険で補うことで、経済的負担を軽減できる。民間の介護保険では、「介護一時金」や「介護年金」といった保障で、終わりの見えない介護が家計を圧迫することを考えれば選肢の一つとなることはまちがいない。

民間介護保険は、各保険会社が独自に基準を定めている場合と、公的介護保険の要介護度準ずる場合の2タイプがあり、公的制度に従っているタイプを一般的に「連動型」、自社基準を「非連動型」と呼ぶが、多くの保険会社は公的介護保険要介護度2ないし3を基準としてる場合が多く、保険契約所定の介護状態が一定期間続いた場合、また一定の要介護認定を受けた場合に「一時金」や「年金」等の保証がある。公的介護保険にしろ民間にしろ介護状態になってからの支援サービスは多くあるが、まだ要介護を受けていない段階、介護認定を受け前などに利用できる制度やサービスも検討する必要があると考える

また、民間の介護保険について近い将来、「現物給付」を選択できる商品が登場するかもしれない。金融庁はこうれまで、生命保険に限らず民間保険会社の現物給付は禁止してきたが、高齢者向けの商品を充実させたいと要望する保険会社の意向を受け、「保険会社が直接提供しないのであ

れば」という条件付きで認める方針を固めている。

保険会社が直接サービスや物品を提供することは禁止されているので、提携または子会社化した専門業者が間にたつことにある。これにより、現金給付を受ける代わりに老人ホームに入居できたり、介護ヘルパーを利用できたり、介護用品を提供したりと、さまざまな保険商品が登場することが予想される。同じように契約者死亡したときに葬儀を提供するという現物給付も登場すると考えられている。

一方、現物給付の問題点も指摘されている。仮に、物価の高騰で現物給付が困難になり、給付のグレードが縛られたり、追加の保険料を取られたりと、「保険会社の都合でサービスの質が低下する可能性」がある。

また、公的な健康保険と、民間の医療・介護保険が同じフィールドで取り扱われることで公的保険と民間保険がきく医療・介護保険が出現し、保険の適用範囲や医療費の請求等が入り交じり、消費者だけでなく医療・介護現場も混乱することも考えられる。いずれにしろ、現物給付の解禁で新しいサービスが出現してくる可能性は非常に高い。

第2節 先行研究のまとめ

第1項 介護制度

北浦ら¹が介護費用の中長期推計の論点整理とともに加齢に伴う利用者人口比率の増加による利用者数の増加が介護費用を押し上げていき、2025年の介護費用は約21兆円になり、平均伸び率は6.2%になるとしている。上田ら²が2008年の国民医療保険をもとに将来の介護費用の長期推計をだしている。介護費用の対GDP比は2009年度の1.6%から2060年度には6.5%に達することが見込まれるとしている。更に酒井ら³は上田ほかのモデルをベースにして、長期的な人口動態の変化を捉えた長期推計とするため、第二次ベビーブーム世代が80歳後半となる2060年までを推計期間とし、制度浸透シナリオに基づき長期推計を行い、結果として2060年時点での介護総費用対名目GDP比はベースシナリオで6.4%、制度浸透シナリオでは7.3%としている。介護費用の増加は今後の予算の資源配分にも大きく影響する。

第2項 介護費用

杉澤ら⁵は介護保険制度における在宅介護サービスの過少利用について調べている。過少利用の割合は69%であり、利用量は介護ニーズの半分以上にとどまっている。要因は同居家族がいて年収が120万未満の家族介護意識を持っている場合に過少利用の割合が高い。さらに要介護度と同居家族の有無との間に有意な交互作用がみられ、同居家族がいない場合には要介護度に関係なく過少利用の割合が低かったが、同居家族がいる場合には要介護が高くて在宅介護サービス利用量は増加していなかった。私的な介護基盤がある世帯では認定者の過少利用が多く発生していること、更に低所得者に対しては利用料負担の減免措置がとられているにもかかわらず、過少利用が高頻度で発生していることを示唆している。

阿波谷⁶は死亡前1年間にかかる医療及び介護費用について調べている。高齢者の89.1%が出来れば自宅で最期を迎えたいとしているが、現実的には人口動態統計によると78.4%が病院で最期を迎える。家族にしてみると在宅生活を継続することによる医療費、介護費の割安感よりも、コストとして計算できない家族介護者の精神的・社会的な負担の方が勝るとというのが現実である。要介護度が重度になるにつれて在宅率が低下するとしている。

山田ら⁷は在宅介護にかかる費用と問題点について指摘している。1か月間に在宅介護にかかる経常的費用の中央値は4万4千円、平均値は6万9千円である。介護費用による保険給付分を考慮すると、在宅介護にかかる経常的費用の6~7割が介護保険によってカバーされている。また支給限度基準額の6割未満しか居宅介護サービス利用していない要介護者は半数近くを占め、支給限度基準額に対しかなり余裕をもたせて居宅介護サービスを利用している要介護者が少なくない。月額でみると、実際には3割の世帯で高額医療・高額介護合算療養費制度が利用されており、最終的な自己負担額は軽減されている。介護にかかる経常的費用のも、家族による在宅介護時間も、要介護者の認知症の度合いにより左右されるとしている。

山田ら⁸は介護者の経済的事情がサービスの必要量利用の可否に影響を与えていると示唆して

いる。介護保険サービスが必要と思われる量を利用できている者が 61. 3%で、できていない者が 30. 8%であった。できていない理由の内訳は自己負担金が高くつくからが 40. 2%であった。介護費用は高齢者の収入で賄えるかどうか、一部自己負担金の経済的負担などがサービスを必要量利用できているか否かど有意な関連があるとしている。

第3節 研究の目的

本研究は冠婚葬祭互助会会員の積立式介護サービスの提供に関するニーズを明らかにすることを目的とする。

第2章 研究方法

第1節 法制度の研究

関係する可能性のある法律を調査する。

第2節 アンケートによる調査

アンケート調査は冠婚葬祭互助会事業者の協力を得て実施した。

第1項 調査対象

冠婚葬祭互助会の会員で積立中または完納会員 8, 000 人にアンケート調査

第2項 調査時期

2017 年 11 月 20 日から 12 月 10 日に実行した。

第3項 実行エリア

東京都、埼玉県、群馬県

第4項 調査項目

積み立ての意思、利用したいサービス、介護経験、介護に対する不安など

第5項 分析方法

単純集計ののちに積み立て意思や介護経験と利用したいサービスや利用者が興味のあるサービスについて χ^2 乗検定にて分析

第3章 結果

第1節 制度研究

積立式介護サービスを提供するために、割賦販売法、出資法、金融商品取引法、保険業法など関係性のある法律を調べたが、どの法律にも抵触しないことが確認できた。

第1項 割賦販売法

割賦販売法とは役務の提供を受けるものから役務の対価を二月以上の期間にわたり、かつ、三回以上に分割して受領することを条件とし指定商品若しくは指定権利を販売し又は指定役務を提供することと定義されている。割賦販売法にいう前払式特定取引になる場合には、割賦販売法の規律に服することになる。前払式割賦販売は指定商品（同法施行令別表 1）を販売する場合のみ規制対象とされており、商品ではなく役務の提供は規制の対象外となる。割賦販売における前払式特定取引は、指定役務（同法施行令別表 2）の提供を取り次ぐ場合のみ規制対象とされているので介護サービスは指定役務に含まれていないので、規制の対象にはならない。割賦販売法の規律する役務の提供に先立っての分割払いを受けるものの対象は以下の二つである。

- ・ 婚礼のための施設の提供、衣服の貸与その他の便益の提供およびこれに付随する物品の給付
- ・ 葬式のための祭壇の貸与その他の便益の提供およびこれに付随する物品の給付

よって介護サービスはその対象に含まれておらず、現行法上、割賦販売法の規制にはかからない。

第2項 出資法

出資法とは、出資の受入れ、預り金及び金利などの取締りに関する法律である。出資金とは「共同の事業のために拠出される金銭であって、その目的となる事業の成功を図るために用いられるもの」と解されている（齋藤正和「新出資法 条文解釈と判例解説」43 ページ）。この点で消費者から預かる前払い金は、将来利用する介護サービスの対価であって出資金としての性質を有しない。

第 2 条において「預り金」とは預金等と同等の経済的性質を有するもので、次の 4 要件のすべてに該当するものである。

- ① 不特定かつ多数の者からの金銭の受入れ
- ② 金銭の受入れであること
- ③ 元本の返還が約されていること
- ④ 主として預け主の便宜のために金銭の価額を保管することを目的とするもの

以上から介護サービスの積立で預かる金銭は③並びに④には該当しないことから出資法上の「預り金」には該当しない。

さらに「預り金」とは「元本の返済を約束する金銭の受入れで、価値ないし価額の保管をもつ

て主として預入人の便宜のために行われるものをいう」とされている（田宮重男「出資の受入れ、預り金及び金利等の取締り等に関する法律の開設」金法 39 号 3 頁）。そのため、金銭を預かり、同一金額に相当する物又は役務で返還する場合は「預り金」に該当しないと解されている（齋藤正和「新出資法 条文解釈と判例解説」54 頁）。介護サービスでは、消費者に対する金銭返還は予定されておらず、あくまでも介護サービスという役務の提供が予定されているので、出資法が規制対象としている「預り金」としての性質を有しない。なお、中途解約がされた場合、消費者に対して、解約返戻金として金銭が返還されることになるが、これは解除の法的効果としての原状回復の履行であって（民法 545 条 1 頁）、介護サービスが予定している債務の本旨ではない。よって結論は変わらない

第3項 金融商品取引法

金融商品取引業とは、証券業、金融先物取引業、抵当証券業、商品投資販売業、信託受益権販売業、投資顧問業、投資一任契約に係る業務、投資信託委託業および投資法人資産運用業のほか、発行者自らが新たに発行する有価証券取得の申し込みの勧誘、投資顧問契約または投資一任契約の代理はまたは媒介、集団投資スキーム等を組成して主として有価証券またはデリバティブ取引に係る権利に関して運用を行うこと、有価証券取引等に関して顧客から金銭または有価証券の預託を受ける行為、社債等の振替えを行うために口座の開設を受けて社債等の振替えを行うことを包括する業を言う。よって介護サービスの積み立てはこれらに当たらないため、規制の対象外である。

第4項 保険業法

保険業とは人の生存又死亡に関し一定額の保険金を支払うことを約し保険料を収受する保険、一定の偶然の事故によって生ずることのある損害をてん補することを約し保険料を収受する保険のことをいう。介護サービスは偶然の事故の発生に対し、金銭の給付という形を取っていないため、いわゆる損害保険にも該当しないので保険業法上の規制も問題ない

第2節 アンケート調査の回答状況

第1項 回答者の背景

回答者は3,857名、回答率48.2%だった。回答者の67.7%は女性で、50歳以上が79.4%だった。

表 10 「介護に関するアンケート」集計表

Q1 住んでいる地域	東京	459 人	11.9%
	埼玉	708 人	18.3%
	群馬	2639 人	68.7%
	その他	31 人	0.8%
Q2 あなたの性別	男	1236 人	32.3%
	女	2591 人	67.7%
Q3 あなたの年齢	40 歳未満	358 人	9.4%
	40 歳代	429 人	11.2%
	50 歳代	1027 人	26.8%
	60 歳代	1193 人	31.1%
	70 歳代	636 人	16.6%
	80 歳代	173 人	4.5%
	90 歳代	11 人	0.3%
Q4 加入しているメモリアル会員システムの満期額	10～20 万円	371 人	11.5%
	20～30 万円	862 人	26.8%
	30～40 万円	589 人	18.3%
	40～50 万円	523 人	16.3%
	50～60 万円	289 人	9.0%
	60～70 万円	105 人	3.3%
	70～80 万円	78 人	2.4%
	80～90 万円	133 人	4.1%
	90～100 万円	135 人	4.2%
Q5 将来の介護費用を、積立方式で用意できたら利用したいか	100 万円以上	129 人	4.0%
	利用したい	1158 人	31.2%
	わからない	2030 人	54.6%
Q6 ①利用したいと答えた方 介護費用としていくらぐらい積み立ていくぐらい	利用しない	529 人	14.2%
	30～50 万円	143 人	13.2%
	50～80 万円	101 人	9.3%
	80～100 万円	314 人	28.9%

てたいか	100～150 万円	134 人	12.2%
	150～200 万円	130 人	12.0%
	200～250 万円	30 人	2.8%
	250～300 万円	85 人	7.8%
	300～350 万円	42 人	3.9%
	350～400 万円	23 人	2.1%
	400 万円以上	84 人	7.7%
Q8 もし、介護の積み 立てをするのであれ ば、利用したいサービ ス（複数回答）	家事代行サービス	1136 人	8.1%
	訪問生活援助	1125 人	8.0%
	施設入居・居住費	1090 人	7.8%
	訪問身体介護	1064 人	7.6%
	人食事サービス	1001 人	7.2%
	通所介護（デイサービス）	978 人	7.0%
	訪問看護	936 人	6.7%
	訪問入浴介護	906 人	6.5%
	訪問診療	807 人	5.8%
	福祉用具費用	722 人	5.2%
	自宅リフォーム費用	684 人	4.9%
	短期入所サービス（ショートステイ）	662 人	4.7%
	支給限度額を超える自己負担サービス	643 人	4.6%
	認知症 通所介護	636 人	4.6%
	通所リハビリステーション（デイケア）	610 人	4.4%
	訪問リハビリステーション	554 人	4.0%
	定期巡回サービス	387 人	2.8%
	その他	33 人	0.2%
Q9 現在および過去に おいて介護経験	ある	1189 人	32.5%
	ない	2466 人	67.5%
Q10 Q9 で①あると答 えた方は、どなたを介 護したか	自分の親	1231 人	57.7%
	配偶者	406 人	19.0%
	配偶者の親	392 人	18.4%
	その他	53 人	2.5%
	自分の兄弟姉妹	50 人	2.3%
Q11 将来、あなたが介 護が必要になった時に 介護してくれるのはど なたか	配偶者	1526 人	41.5%
	子供	1233 人	33.5%
	ホームヘルパー・介護職員	779 人	21.2%
	自分の兄弟姉妹	88 人	2.4%
	その他	54 人	1.5%
Q12 介護について不安 に感じる（複数回	経済的負担	2918 人	23.7%
	終わりが見えない介護期間	2117 人	16.8%

答)	介護施設に入れるか	1619 人	12.8%
	介護の疲れ、体を壊すこと	1314 人	10.4%
	身近な人に介助されること	1106 人	8.8%
	仕事の両立・仕事を続けられるか	906 人	7.2%
	公的サービスが足りないこと	903 人	7.2%
	自分の時間が無くなりそう	830 人	6.6%
	一緒に介護してくれる人がいるか	778 人	6.2%
	特に不安はない	117 人	0.9%
Q13 仮に、自分が介護	経済的負担	2855 人	15.0%
されるとしたら、不安	自分で自分のことができなくなってしまうこと	2097 人	11.1%
に感じることに			
	人に迷惑をかかえてしまうこと	2085 人	11.0%
	寝たきりになること	1953 人	10.3%
	終わりが見えない介護期間	1749 人	9.2%
	認知症や物忘れなどの記憶障害	1708 人	9.0%
	介護施設に入れるか	1574 人	8.3%
	身近な人に介助されること	1294 人	6.8%
	介護してくれる人がいるか	1028 人	5.4%
	公的サービスが足りないこと	805 人	4.2%
	相手との人間関係	679 人	3.6%
	暴言や暴力をふるってしまいそう	453 人	2.4%
	住み慣れた土地から離れること	393 人	2.1%
	詐欺・窃盗などの犯罪に巻き込まれそう	230 人	1.2%
	特に不安はない	68 人	0.4%
Q14 仮に、自分が介護	配偶者	1364 人	37.7%
をされるとしたらどな	子供	1054 人	29.1%
たに任せたいか	家族に任せたくない	941 人	26.0%
	その他	133 人	3.7%
	兄弟姉妹	73 人	2.0%
	子供の配偶者	22 人	0.6%
	上記以外の親族	14 人	0.4%
	自分の親	10 人	0.3%
	義理の兄弟姉妹	6 人	0.2%
	孫	3 人	0.1%
Q15 家族ではなく「介	食事の準備・調理・配膳など	2109 人	13.8%
護サービス」にお願い	入浴（体を拭くことも含む）	1813 人	11.8%
したいこと（複数回答）	リハビリステーション	1527 人	10.0%
	排泄の処理（おむつ等）	1487 人	9.7%
	掃除、整理整頓	1460 人	9.5%

	外出時の介助（送迎含む）	1393 人	9.1%
	洗濯	1160 人	7.6%
	外出（買い物など）	1123 人	7.3%
	トイレ介助（おむつは除く）	1043 人	6.8%
	食事の介助、服装	786 人	5.1%
	衣服の着脱（着替えなど）	542 人	3.5%
	洗面・歯磨き	416 人	2.7%
	起床・就寝	295 人	1.9%
	介護サービスを使ってほしくない	119 人	0.8%
	その他	52 人	0.3%
Q16 介護について知りたい知識（複数回答）	介護保険制度	1958 人	15.4%
	介護費用の目安	1883 人	14.8%
	介護施設の種類	1449 人	11.4%
	介護保険サービスで受けられるサービス	1396 人	11.0%
	介護施設を選ぶポイント	1272 人	10.0%
	介護の相談窓口	928 人	7.3%
	寝たきり予防	809 人	6.4%
	民間の介護保険	771 人	6.1%
	認知症について	731 人	5.7%
	介護技術	421 人	3.3%
	介護と仕事の両立方法	395 人	3.1%
	勤務先の介護と仕事の両立支援制度	361 人	2.8%
	成年後見制度	305 人	2.4%
	その他	40 人	0.3%
Q17 介護の不安をなくすためにしていること（複数回答）	体力の増進・健康維持	2584 人	26.0%
	趣味を持つ	1567 人	15.8%
	十分な貯金、財産形成	1181 人	11.9%
	保険に入る	946 人	9.5%
	介護に関する情報について知っておく	921 人	9.3%
	家族・親族と話し合いをしておくこと	888 人	8.9%
	相談できる場所や人の確保	756 人	7.6%
	地域における友人や人間関係づくり	635 人	6.4%
	住居の確保	395 人	4.0%
	その他	62 人	0.6%
Q18 介護の不安をなくすために必要だと思うこと（複数回答）	介護サービスの充実	2489 人	20.7%
	介護施設の数や設備の充実	1744 人	14.5%
	公的制度の充実	1576 人	13.1%
	手続きの簡素化	1489 人	12.4%
	介護サービス従業者の待遇向上	1464 人	12.2%

	介護や相談窓口の充実、情報提供	1285 人	10.7%
	介護休暇等の会社の就業制度の充実	681 人	5.7%
	医療やテクノロジーの進化	633 人	5.3%
	介護する方法・技術を学ぶ場	620 人	5.2%
	その他	35 人	0.3%
Q19 あなたが介護して ほしい場所	なるべく自宅	1752 人	47.0%
	状況により、その時 1 番良い場所	1129 人	30.3%
	病院や施設	788 人	21.1%
	子供たちの家	48 人	1.3%
	その他	11 人	0.3%
Q20 仮に、要介護者が 施設への入居が必要に なった場合に検討され る点（複数回答）	支払負担額、支払額の工面	3037 人	24.3%
	終末医療（香取り）	1834 人	14.7%
	スタッフの様子	1657 人	13.2%
	ホーム内の人間関係、集団生活	1493 人	11.9%
	身体・疾病状況が変化したときの対応	1431 人	11.4%
	におい、清掃	973 人	7.8%
	食事、レクリエーション	882 人	7.0%
	事業の運営母体	601 人	4.8%
	親族の説得・意見調整、入居時期	574 人	4.6%
	その他	35 人	0.3%
Q21 介護経験者の後の 変化 a. 地域の介護 サービス	興味を持つようになった	912 人	75.9%
	変わらない	266 人	22.1%
	興味はない	24 人	2.0%
Q21 介護経験者の後の 変化 b. 自分の時間	自由な時間が減った	656 人	55.4%
	変わらない	322 人	27.2%
	自由な時間が増えた	207 人	17.5%
Q21 介護経験者の後の 変化 c. 自分が介護が 必要になった時	考えるようになった	1031 人	85.3%
	変わらない	150 人	12.4%
	考えなくなった	28 人	2.3%
Q21 介護経験者の後の 変化 d. 家族や親族の 絆	変わらなかった	598 人	50.0%
	強くなった	548 人	45.8%
	弱くなった	51 人	4.3%
Q21 介護経験者の後の 変化 e. 身体的な疲れ	疲れやすくなった	693 人	57.9%
	変わらない	446 人	37.3%
	疲れにくくなった	58 人	4.8%
Q21 介護経験者の後の 変化 f. 家計の負担	増えた	682 人	57.2%
	変わらない	456 人	38.3%
	減った	54 人	4.5%
Q21 介護経験者の後の	変わらない	607 人	9.6%

変化 g. 睡眠時間	減った	472 人	50.9%
	増えた	114 人	39.6%
Q21 介護経験者の後の	変わらない	799 人	72.8%
変化 h. 職場の同僚とのコミュニケーション	減った	163 人	14.9%
	増えた	135 人	12.3%
Q21 介護経験者の後の	変わらない	696 人	61.9%
変化 i. 仕事をする時間	減った	299 人	26.6%
	増えた	129 人	11.5%
Q21 介護経験者の後の	増えた	752 人	63.4%
変化 j. 精神的な疲れ	変わらない	321 人	27.0%
	減った	114 人	9.6%
Q21 介護経験者の後の	変わらない	903 人	76.2%
変化 k. 近所づきあい	減った	160 人	13.5%
	増えた	122 人	10.3%
Q22 介護経験者が介護保険適用前の段階で、自己負担でも受けたかったサービス（複数回答）	デイサービス	421 人	14.2%
	家事代行サービス	386 人	13.1%
	リハビリステーション	381 人	12.9%
	ショートステイ	343 人	11.6%
	食事サービス	334 人	11.3%
	入浴サービス	330 人	11.3%
	自宅リフォーム費用	287 人	9.7%
	訪問診療・訪問歯科診療	276 人	9.3%
	外出サービス	176 人	6.0%
	その他	21	0.7%
Q23 介護経験者が介護保険適用後の段階で、自己負担してでも追加で受けたかったサービス（複数回答）	家事代行サービス	368	12.7%
	デイサービス	363 人	12.5%
	食事サービス	347	12.0%
	リハビリステーション	343	11.8%
	入浴サービス	335	11.6%
	ショートステイ	319	11.0%
	訪問診療・訪問歯科診療	298	10.3%
	外出サービス	249	8.6%
	自宅リフォーム費用	247	8.5%
	その他	31	1.1%
Q24 介護経験者の対象者の要介護認定の区分	要支援 1	71 人	6.3%
	要支援 2	90 人	8.0%
	要介護 1	147 人	13.0%
	要介護 2	176 人	15.6%
	要介護 3	242 人	21.5%

	要介護 4	190 人	16.9%
	要介護 5	211 人	18.7%
Q25 介護経験者の介護 をされている期間	1 年未満	180 人	15.4%
	1 年以上 3 年未満	346 人	29.5%
	3 年以上 5 年未満	311 人	26.6%
	5 年以上 7 年未満	125 人	10.7%
	7 年以上	209 人	17.8%
Q26 介護経験者が一日 の介護に費やしている 期間	1 時間程度	302 人	27.7%
	3 時間程度	369 人	33.9%
	5 時間程度	236 人	21.7%
	7 時間程度	64 人	5.9%
	8 時間程度	119 人	10.9%
Q27 介護経験者がこれ まで利用したことがあ るサービス（複数回答）	介護保険（デイサービス）	799 人	38.4%
	介護保険（ショートステイ）	580 人	27.9%
	介護保険（ヘルパーの在宅サービス）	371 人	17.8%
	介護保険（家政婦サービス）	105 人	5.1%
	親戚や友人が本人（要介護者）の家に滞在	77 人	3.7%
	その他	59 人	2.8%
	地域のボランティアサービス	45 人	2.2%
	本人（要介護者）が親戚、友人の家に滞在	43 人	2.1%
Q28 介護経験者が介護 をされた（している）場 所	自宅	468 人	40.1%
	特別養護老人ホーム	255 人	21.9%
	介護老人保健施設・療養型医療施設	215 人	18.4%
	介護付き有料老人ホーム	121 人	10.4%
	本人（要介護者）の子供の家	37 人	3.2%
	高齢者向けケア付き住宅	30 人	2.6%
	その他	25 人	2.1%
	兄弟姉妹など親族の家	15 人	1.3%
Q29 介護経験者が介護 保険サービスにかかる 一か月の平均費用	1 万円未満	109 人	9.7%
	1 万円以上 5 万円未満	389 人	34.7%
	5 万円以上 10 万円未満	310 人	27.6%
	10 万円以上	314 人	28.0%
Q30 介護経験者が介護 にかかる費用をどのよ うな資金でまかなって いるか（複数回答）	要介護者（もしくはその配偶者）の公的年金	940 人	47.4%
	要介護者（もしくはその配偶者）の預貯金	330 人	16.6%
	あなた（もしくはその配偶者）の就労による収入	263 人	13.2%
	あなた（もしくはその配偶者）の預貯金	106 人	5.3%
	あなた（もしくはその配偶者）の公的年金	103 人	5.2%
	その他	98 人	4.9%

要介護者（もしくはその配偶者）の就労による収入		
	73 人	3.7%
要介護者が加入している民間の介護保険		
	53 人	2.7%
親族の資金		
	19 人	1.0%

第2項 介護のための積み立て意思

今回回答を得た冠婚葬祭互助会会員の 31.2%の会員が介護目的での積立コースがあれば積み立てをしたいと答えた。冠婚葬祭互助会会員が冠婚葬祭用に積み立てしている金額は、10 万円から 50 万円を積み立てている会員が最も多く、71%に上った。80 万円以上の積み立てをしている会員は 10.2%であった。介護目的で積み立てたい金額は、積み立てをしたい会員のうち、77.4%の会員が 80 万円以上を積み立てしておきたいと答えた。更に、24.3%の会員が 200 万円以上の積み立てを望んでいた。冠婚葬祭を目的とした積み立てよりも高額な積み立てをして将来の介護負担を軽減したいことがわかった。

積み立てをして利用したいサービスでは家事代行、生活援助、施設入居費、身体介護、食事のサービス、デイサービス、訪問介護、入浴の順であった。在宅サービスで自宅での生活支援的なサービスを求めている人が 53.9%、在宅サービスで通所サービスなどの施設での利用の為に積み立てしたい人が 20.7%だった。介護経験の有無から積立金額を見てみると、介護経験のない人の方が高額な介護用積立の準備の意思がある。さらに 40 歳代以下での介護経験が介護用積立の動機となっている。

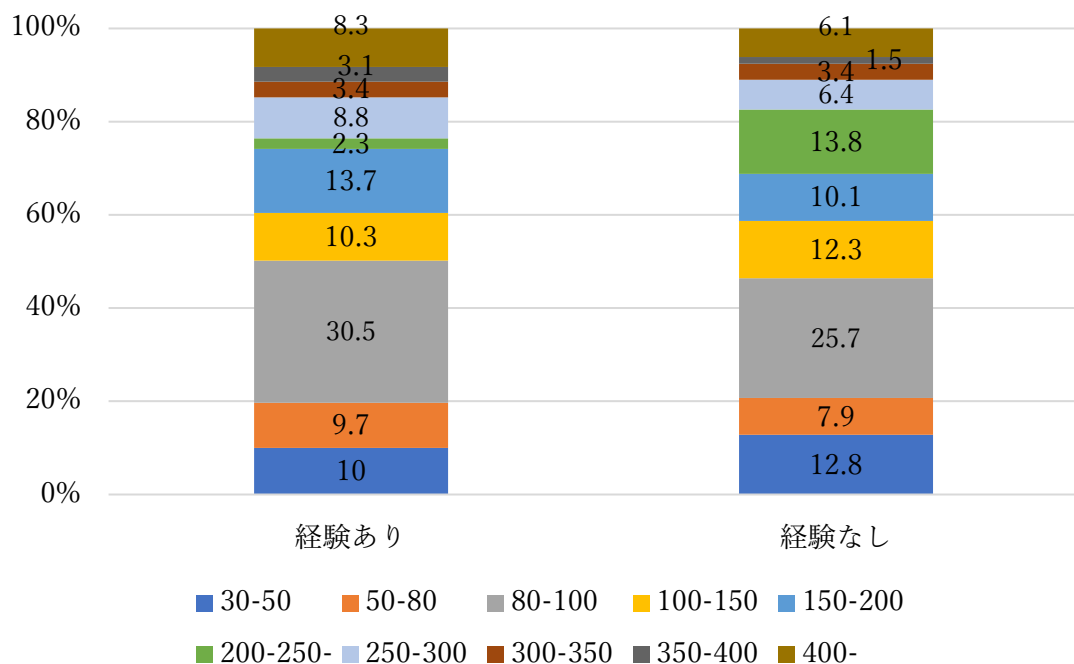


図 24 介護経験の有無と積立金額の比率

表 11 年代別での介護経験の有無と積み立ての関係

	介護経験	利用したい	利用しない	わからない
40 歳未満	あり	20 (54.1%)	2 (5.4%)	15 (40.5%)
	なし	80 (28.1%)	34 (11.9%)	171 (60.0%)
40 代	あり	32 (46.4%)	6 (8.7%)	31 (44.9%)
	なし	116 (34.2%)	36 (10.6%)	187 (55.2%)
50 代	あり	126 (33.0%)	32 (8.4%)	224 (58.6%)
	なし	202 (34.5%)	72 (12.3%)	311 (53.2%)
60 代	あり	136 (28.9%)	70 (14.9%)	265 (56.5%)
	なし	184 (28.4%)	100 (15.5%)	363 (56.1%)
70 代	あり	45 (29.2%)	38 (24.7%)	71 (46.1%)
	なし	120 (29.6%)	77 (19.0%)	208 (51.4%)
80 代	あり	14 (32.6%)	14 (32.6%)	15 (34.9%)
	なし	29 (26.9%)	28 (25.9%)	51 (47.2%)
90 代以上	あり	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0 (0%)
	なし	1 (16.7%)	0 (0%)	5 (83.3%)

第3項 介護経験

介護経験は 32.5%の人が介護を経験していた。そのうちの 57.7%の人が自分の親の介護を経験していた。配偶者を介護した人が 19.0%。配偶者の親が 18.4%であった。

第4項 将来の介護について

将来介護が必要になった時には 75.0%の人が配偶者や子供に介護を望んでいた。一方で家族に任せたくない人が 21.2%もいた。介護経験のない人のほうが、配偶者に介護を任せたい人が多い。介護経験のある人はない人よりも家族以外のヘルパーに任せたい人が多い。

表 12 介護経験とだれに頼みたいかの関係

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		はい	いいえ		
介護してく れるのはど なた	配偶者	446 (38.61%)	1013 (42.83%)	12.8	0.02
	子供	396 (34.28%)	778 (32.89%)		
	自分の兄弟姉妹	23 (1.99%)	60 (2.53%)		
	ホームヘルパー・ 介護職員	269 (23.29%)	484 (20.46%)		

	その他	21 (1. 81%)	30 (1. 26%)		
--	-----	-------------	-------------	--	--

第5項 介護に関する不安事項

介護に関して不安に思っていることは経済的な費用に対する不安がもっとも多く 23. 7%だった。そして終わりが見えない介護期間に対する不安が 16. 8%、介護施設に入れるかどうか 12. 8%と続いた。将来の介護の為に準備していることは、健康でいられるために体力の増進や健康の維持の為に運動をしている人が 26. 0%、趣味を持つことにより将来的な心の不安を取り除くことをしている人が 15. 8%だった。貯金などで費用を事前に準備している人が 11. 9%、民間の介護保険に入り準備している人が 9. 5%だった。介護になったら 47. 0%の人が在宅介護を望んでいた。施設における介護を希望しているのは 21. 1%であった。表 11 の介護経験と不安要素の関係をみると介護経験のない人の方が、終わりの見えない介護の期間や施設に入れるか、記憶障害などのことを心配している。介護経験者は介護経験のない人よりも人に迷惑をかけること、自分のことができなくなってしまうこと、寝たきりになることなどの不安が少ない。

表 13 介護経験と不安要素の関係

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
終わりが見えない 介護の期間	はい	568 (47. 7%)	1392 (56. 4%)	24. 3	<. 0001
	いいえ	621 (52. 3%)	1074 (43. 6%)		

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
人に迷惑をかけて しまうこと	はい	474 (39. 9%)	1152 (46. 7%)	15. 3	<. 0001
	いいえ	715 (60. 1%)	1314 (53. 3%)		

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
自分で自分のことができ なくなってしまうこと	はい	434 (36. 5%)	1180 (47. 9%)	42. 3	<. 0001
	いいえ	755 (63. 5%)	1286 (52. 1%)		

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
介護施設に入れるか	はい	597 (50. 2%)	1526 (61. 9%)	44. 6	<. 0001

	いいえ	592 (49. 8%)	940 (38. 1%)		
--	-----	--------------	--------------	--	--

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
認知症や物忘れなどの記憶障害	はい	576 (48. 4%)	1420 (57. 6%)	26. 9	<. 0001
	いいえ	613 (51. 6%)	1046 (42. 4%)		

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
暴言や暴力をふるってしまいそう	はい	1024 (86. 1%)	2186 (88. 6%)	4. 68	0. 03
	いいえ	165 (13. 9%)	280 (11. 4%)		

		現在および過去において介護経験		χ^2	P 値
		ある	ない		
寝たきりになること	はい	493 (41. 5%)	1268 (51. 4%)	31. 9	<. 0001
	いいえ	696 (58. 5%)	1198 (48. 6%)		

第6項 介護サービスにお願いしたいこと

家族ではなく介護サービス事業者にお願いしたいことでは、食事の準備・調理・配膳などが最も多くて 13. 8%であった。入浴サービスが 11. 8%。リハビリテーションが 10. 0%。排泄の処理は 9. 7%。掃除が 9. 5%。外出時の介助が 9. 1%。洗濯 7. 6%。買い物 7. 3%と通常の生活をしていく中で日々の作業を色々とお願ひしたいことがわかった。

第7項 介護について知りたい知識

知りたい知識で最も多いのが介護保険制度について 15. 4%であった。次いで介護費用の目安が 14. 8%。介護施設の種類の種類が 11. 4%。介護保険サービスで受けられるサービスが 11. 0%。以上のことから、介護に関する基本的なところがまだ知られていないことがわかった。

第8項 介護経験者の介護後の変化

介護経験者は介護を経験しているので、地域の介護サービスや自分の介護に対することに関心が高かった。更に介護をしたことによって、自分の時間が減ったり、家計の負担が増えたり、睡眠時間が減って、精神的な疲れが増えるなどで疲れやすくなるなどの変化があった。そのような介護経験者が保険適用前から受けたかったサービスはデイサービス (14. 2%)、家事代行サービス (13. 1%)、リハビリテーション (12. 9%)、ショートステイ (11. 6%)、食事サービス (11.

3%)、入浴サービス (11. 3%) で、保険適用後に自己負担してでも追加で受けたいサービスも家事代行サービス (12. 7%)、デイサービス (12. 5%)、食事サービス (12. 0%)、リハビリテーション (11. 8%)、入浴サービス (11. 6%) の順だった。少しでも介護する側が身体的負担や時間の拘束を減らすことができるように、通所デイサービスやショートステイなどか、自宅での食事の準備や配食などのサービスや掃除、洗濯など日々の生活における身の周りのお世話をする生活支援を望む人が多かった。

第4章 考察

第1項 全体の所見

病気や死亡時の保険だけでなく、将来予測される儀式費用の準備方法として前払式割賦販売制度を利用した冠婚葬祭互助会のシステムがある。しかし介護費用を事前に準備をしておく方法として、積立式介護サービスが新たな介護費用の準備になりえるか、また、そのニーズがあるのかは不明であることから、冠婚葬祭互助会の協力を得て、前払式割賦販売制度を利用した冠婚葬祭互助会の会員における介護に関する意識調査を実施し、介護の実態や、介護に対する潜在意識やニーズを把握すべく調査を実施した。回答の数は、当初想定していた以上の反響があり、現在の介護に関する意識、関心の高さが感じられた。それは我々が考えている以上に、現代社会が介護や将来への不安を抱えていることと考えるのが正しいだろう。介護の調査においては、高齢者以外の顧客層にとっては、どうしても「他人事」になってしまう傾向がある。しかしながら、親の介護の問題は、程度の差こそあれ誰にでも訪れる。今回の調査にあたって、高齢者以外の顧客層にとっては、対象者に「他人事」ではなく、少しでも「自分事」として感じてもらうよう配慮して構成してみた。このアンケートを機に、普段の生活ではなかなか考えないことではあるが、いつでも誰にでも起こりうる「介護」という問題を介して、たとえわずかな時間でも自身のことや大事な家族のことに想いをめぐらし、向き合うきっかけになれば幸いと考えている。

第2項 介護制度の問題点

現状の介護保険サービスの支給限度額まで使わない人が多いこと、非常に少ない人数の人しか保険外のサービスを利用していないことを考えると、現行の介護保険サービスとは別の新しい介護システムが必要であると考え。新しい将来の介護費用の準備のための方法として積み立て式介護費用の準備プランを作った場合、将来の儀式イベントに備えて積み立てをしている冠婚葬祭互助会の会員は、冠婚葬祭以外にも介護に対しても積み立てし、備える意思があることが確認できた。またその積立額は冠婚葬祭を目的として積み立てしている金額よりも高額の積み立てをして、将来の介護負担を軽減したいというニーズがあることが明らかとなった。さらに若くして介護経験をした人の方が、事前にある程度の積み立てをしておきたいということもわかった。

事業として積立式介護サービスを提供することは法的問題もないことから、その実行可能性は高いと考える。しかしながら、介護職の人材の不足や必要コストも多額であることから、実行するにはいくつか乗り越えなくてはならない壁がある。これらの壁を乗り越えたとして、具体的なサービスとして何が提供できるかを検討した。導入への実効性が高いものには、特養などに入ることのできない要介護2までの人へのサービスとして、介護する者の時間的、生活的余裕をつくるためのサービスや通所リハビリなどが考えられる。これまでの流れから、実際の現行介護保険制度において、その支給限度額上限まで利用する人は少ないこと、2018年4月施行の改正介護保険法における「自立支援」や「重度化防止」を中心とした今後の方向性、公的・民間介護保険の存在を踏まえ、アンケート調査をもとに、現行介護保険制度ではカバーできな部分を補完できる民

間の新しいサービスを検討していきたい。

第3項 新しい介護向け積み立てコースの想定

介護保険外のサービスは介護保険制度による制約を受けないため、自由なサービス設計を行える。しかし全額自費であるために経済的負担が大きくなる可能性はあるが、事前に積立てておくことにより将来設計がしやすくなるを考える。更に要介護認定前の高齢者や介護保険制度では利用できないその家族も利用できるようにすることにより、介護保険で利用するサービスとの差別化も可能である。これから要介護団塊世代が高齢化することにより、自分のニーズに合致した付加価値の高いサービスに対価を払う人が増えると予想される。このような高齢者の生活の質を高める保険外サービスなども考えた。事前にその費用を積立て準備することによりある程度高額のコースを用意して入会していただき、少しでも要望の多い金額まで積み立てできるように考えた。具体的にいくつかの積立式介護サービスを提案してみる。

1) オーダーメイド介護サービス

150 万円の積立コース（毎月 30,000 円を 50 回）をつくり必要なサービスをコンシェルジュと打ち合わせをして自分だけのオリジナルのサービスメニューをうけることができる。介護認定を受ける前から利用でき、食事の準備・掃除・洗濯・ゴミ出し・買い物代行などの身の回りのお世話をする生活支援、食事・入浴サービス・排泄など直接身体に触れる身体介助をはじめとする訪問介護などをコンシェルジュと話し合い自由に組み合わせて利用することができる。更に介護ヘルパーのプロフィールを見て面談をして、指名することもできるようにする。1 時間 5,000 円で 330 時間のサービスを提供することにより、お客様には 1 割のメリットを付加する。

2) 介護サービス付き旅行

100 万、200 万などのコースを作り、将来の介護が必要になった時にでも参加できる旅行パッケージを用意して利用できるようにする。要介護者が参加しやすいように介護ヘルパーが同行するなど、安心して参加することが出来るようにする。要介護の状態になってもいままでと同じように国内外の旅行に参加することが出来る。介護が必要な状態になっても楽しめるような様々なプランを用意する。

3) 住み込み家政婦の派遣

現状の介護制度では認められていない要介護者以外の家族全体の生活全体を住み込みで支援する家政婦を派遣する。家政婦の費用を事前に積み立てて準備しておくことにより家族での経済的負担を軽減することが出来るし、要介護状態になっても家族に迷惑をかけないですむという安心がある。登録した家政婦のなかからその家族にもっとも相性の合う人を派遣することが出来るように様々な要望を事前に聞いておく。

4) 高級配食サービス

配食センターで調理した高齢者向けに栄養バランスなどに配慮した食事などをお届けする食事配食サービス。管理栄養士による健康的な食事や、有名レストラン監修による食事など通常の配食よりもグレードの高い食事を提供する。

5) 見守りサービス

週に 1 回利用者宅に訪問して健康の確認や悩みなどを聞くサービス。簡単な家事手伝いもできる

ようにする。様々なサービス業者と連携して利用者が必要なサービスを紹介する。高齢者の日常生活の中での不安や心配ごとを解決するサービス。月の利用料を3万円として5年分を150万円の積み立てで利用できるようにする。

表 14 介護向け積み立てコースの例

コース		
コンシェルジュコース	満期額 150 万円	1 時間 5000 円で 30 時間分サービス
介護付き旅行コース	満期額 100 万円、200 万円	旅行費用を 1 割分割増で利用できる
家政婦派遣コース	満期額 200 万円	1 か月 30 万円で 7 か月分の派遣
高級配食サービス	満期額 100 万円	総額 110 万円分の食事の提供

第4項 冠婚葬祭事業者の参入

前項に挙げた 1)～5) のサービス提供は、現在の冠婚葬祭互助会事業者の資産や人材の活用が可能と考える。まず、会員の獲得には、多くの営業外務員をすでに抱えている冠婚葬祭互助会事業者は有利である。なぜなら自社の会員に既になっている人に新たに介護用の積立を営業することが可能で、他業種の人が新たに新規会員を集めるよりも容易に会員募集ができることに加え、当然、新規会員獲得にも活用できるのでメリットが大きい。さらに「介護サービス」という冠婚葬祭以外の品目の増加により営業の幅が広がると考える。

次に、具体的なサービス提供においても、たとえば、少子化により利用の少なくなった結婚式場を通所介護センターやリハビリセンターに変更したり、厨房を配食サービスの為の調理センターとして利用するなど、最低限の設備投資で業態形態の変更が可能である。さらに、多くの営業外務員は訪問生活支援者として簡単な生活のお世話をすることや高齢者の見守りサービスの一員としての活用も見込めることから、現在所有する資産の再利用や人材を最も活かせるサービスになりえると考え。万が一の時には、日ごろから要介護者と接している、さらに元気な時から関係がある営業外務員が、すぐに対応できることは同様のサービスを提供する業者に対するアドバンテージを有すると考える。以上のように、現在の冠婚葬祭互助会事業者の参入は十分に可能と考える。

第5章 結論

介護サービスを目的として積立金を集めることは現行法上、可能である。現在冠婚葬祭互助会員の31%の会員が介護用の積立コースを望んでいることがわかった。特に、将来の介護に対する不安では経済的不安が最も多いので、今後介護が必要になる世帯にとって積立式介護サービスは大変興味のある商品になりえる。

提供するサービスに関しては、在宅介護が推進されているなかで、比較的容易にサービスの開始ができる在宅介護における身の回りのお世話をする生活支援や訪問リハビリテーションの提供など要介護度2以下の介護認定の人へのサービスの提供や、通所介護、通所リハビリテーション、配食サービスなどは現行の冠婚葬祭互助会事業者が所有する既存施設を利用してそれらのサービスの提供が可能である。

更に現在の介護保険では認められない要介護者以外の家族などへのサービスや既存のサービスよりもグレードの高いサービスの提供など今までの介護制度では提供できないことを事前に積み立てで準備しておくサービスは新しい介護サービスとして要介護者の選択の幅を広げるサービスになりえる。ニーズに見合うサービスの開発はさらに検討を要す。

謝辞

本論文の執筆にあたり、研究指導員の平田竹男教授には、公私にわたりの確かつ熱心なご指導を頂きました。平田教授の鋭い洞察力、素晴らしい行動力、幅広い見識など、これからの自分自身の経営者としての考え方に大変勉強になりました。心から感謝申し上げます。副査の中村好男教授および児玉有子先生には、きめ細やかなご指導と議論を通じて多くの知識やアドバイスを頂きました。ありがとうございました。

また、早稲田大学大学院にてご指導下さった先生方、修士2年制の佐々木大氏、河野遼兵氏、吉鹿奈三子氏には色々なことで大変お世話になりました。彼らのサポートがなかったらこの論文も完成できなかったと思います。そしてこの論文の執筆のために時間のない中でアンケート調査に協力して下さったメモリードの社員の皆様、メモリードの会員の皆様、互助会業界の皆様、その他関わって下さったすべての皆様にこの場を借りて心より感謝申し上げます。

そして同期の皆様には楽しいことや大変なことなど多くの貴重な時間を共に過ごさせて頂き、沢山の刺激と何事にも代えがたい絆を得られたことに心から感謝します。この出会いを一生の宝とし、今後も大切にしていきたいと考えています。ありがとうございました。これからもよろしくお願いします。

最後に僭越ながらこの研究で学んだことが、冠婚葬祭互助会業界の更なる発展に、そしてこれから迎える高齢化時代が少しでも安心して生活できる社会になることに貢献できればと思っています。

参考資料

1. 北浦修敏, 京谷翔平. 介護費用の長期推計について. . 2007.
2. 上田淳二, 堀内義裕, 筒井忠. 医療・介護費用の長期推計と将来の労働需要—2008 年度の国民医療費等を踏まえた推計. . 2011.
3. 酒井才介, 佐藤潤一, 中澤正彦. 介護総費用の長期推計. . 2015.
4. 坪井章雄, Tsuboi A, 松田俊, et al. 主介護者の主観的介護負担に影響を及ぼす介護保険サービスの検討. *総合リハビリテーション*. 2002;30(12):1413-1420.
5. 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子, 石川久展, 中谷陽明, 金恵京. 介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因. *日本公衆衛生雑誌*. 2002;49(5):425-436.
6. 阿波谷敏英. 死亡前一年間の医療および介護費用の検討. *季刊社会保障研究*. 2004;40(3):236-243.
7. 山田篤裕, 田中慶子, 大津唯. 在宅介護にかかる総費用・時間の実態. *季刊家計経済研究*. 2013;98:12-24.
8. 上田照子, 三宅眞里, 荒井由美子. 介護保険サービスの必要量利用の可否が家族介護者に及ぼす影響. *厚生指標*. 2012;59(3):8-13.