

# 社会保障審議会介護保険部会（第26回）議事次第

平成22年6月21日（月）

16:00～19:00

於：砂防会館 別館会議室 1階大会議室

## 議 題

1. 「地域包括ケア研究会報告」について
2. 「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」等  
について

2010年6月21日

社会保障審議会介護保険部会

地域包括ケア研究会報告書について

慶應義塾大学 田中 滋

1. 本報告書の位置づけ

1.1 理念：高齢者の尊厳と個別性の尊重

1.2 「地域包括ケアシステム」とは、おおむね30分以内の日常生活圏域内(≒中学校区)において、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービス等が一体的かつ適切に相談・利用できる提供体制を言う。

➤ 急性期病院医療を除く。前提：ニーズに応じた住宅の提供

1.3 背景にある考え方：自助・互助・共助・公助の役割分担と協働

1.4 ×問題点を発見、それらに対する個別の対応策

○あるべき姿をトータルに描き、そこに至る過程の課題を考察

1.5 対象の三層：政策＋マネジメント＋現場のケア

2. 問題意識

2.1 現状：重度者の在宅生活を支え切れていない。その一方、施設に対する見かけ上の需要(≠ニーズ)に応じてはならない。

➤ 在宅者が直面する問題：区分支給額超過、回数ごとの支払い、取引コスト

2.2 現状：不足するサービスの例

➤ 訪問介護：巡回(1日あたり回数)と緊急時訪問、随時対応型訪問

➤ 通所介護：リハビリテーション、早朝や夜間、療養通所

➤ 施設：リハビリテーション、在宅復帰支援、医療ニーズ対応、ユニット型

➤ 認知症支援体制：介護保険計画等(認知症者数把握、ニーズ把握、サポート体制整備)、医療体制(認知症疾患医療センター、かかりつけ医認知症対応力向上研修)、認知症サポータ活用、小規模多機能型居宅介護、認知症専門デイサービス、若年性認知症者支援、権利擁護(成年後見と医療行為同意)

- 軽度者サービス：特定高齢者把握に手間とコストがかかりすぎ、介護予防(運動・栄養・口腔)のみならず、見守り、配食、緊急通報などによる孤立防止
- リハビリテーション：医療分野リハビリテーションと生活期リハビリテーションの連携、通所リハビリテーションのレベル、訪問リハビリテーション
- 訪問看護：他の訪問系サービスとの連携、看取り・夜間・早朝、経営非効率
- ケアマネジメント：ケアカンファレンスの機能、家族と本人の参加、自立支援に向けた目標志向型ケアプラン
- 地域包括支援センター：地域のネットワーク構築、地域の広範な資源の利用、介護支援専門員支援、包括的・継続的ケアマネジメント、運営協議会活用

### 2.3 現状：保険制度

- 保険給付と保険料負担のバランス
- 保険財政と公費負担割合の増大
- 低所得者の保険料負担対策
- 被保険者の範囲
- 補足給付

### 2.4 長期：75歳以上高齢者増(都市部・高齢単独世帯)、認知症者増、保険料負担

### 2.5 現在のケア体制の延長ではニーズに対処しきれない

## 3. 2025年の姿

### 3.1 病気や要介護であっても、個々人の心身状態にふさわしいシームレスなサービスの利用により、個人の自立とQOLの追求が可能に

- 生活上の安全・安心・健康を確保
- できる限り住みなれた地域や故郷での在宅生活継続=エイジング・イン・プレイス

### 3.2 類型より機能を重視

- 介護保険施設の本来機能とは、リハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能
- 従来の施設の有効活用：「安心できる住まいニーズ」の代替機能= (外付けを含む) ケアが組み合わせられた集合住宅
- 同時に地域ステーションの機能、多世代交流

### 3.3 引用

➤ 地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね 30 分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを 24 時間 365 日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている

➤ 上記のうち多様なサービスとは、

- ・ 居場所の提供
- ・ 権利擁護関連の支援(虐待防止、消費者保護、金銭管理など)
- ・ 生活支援サービス(見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援)
- ・ 家事援助サービス(掃除、洗濯、料理)
- ・ 身体介護(朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助)
- ・ ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これらのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される

## 4. 提言

### 4.1 国の基本原則

- 高齢者ケアの原則:①住み慣れた地域や住居での生活の継続、②本人の選択、③自己能力の活用

### 4.2 自治体

- 権限移譲、参酌標準の柔軟化、居住の安定確保
- 保険料算定のための介護保険事業計画ではない

### 4.3 サービスの在り方

- 在宅限界を高めるサービスの例：24 時間 365 日短時間巡回型と小規模多機能居宅介護複合型事業所
- ケアの標準化：「保護型介護」→「自立支援型介護」「予防型介護」
- 地域資源のマネジメント

#### 4.4 引用

- 多数の職員を抱えるような従来型の施設とは異なり、軽装備の多様な住宅を前提として、地域の医療や介護などの様々なサービスを利用者の状態にあわせて組み合わせることにより、24時間365日体制のケアシステムを地域単位で実現する「地域包括ケア」の構築を国の政策として明示し、国民の合意形成を図っていく
- 介護・医療・生活支援・住まいの確保等に係る他制度・多職種の連携を基本に効果的なサービス投入を図るための包括的なケアマネジメントが行われることが前提
- 既存の在宅サービス(ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなど)の複数のサービスを柔軟に組み合わせてパッケージ化して提供する複合型事業所の導入を検討 ←取引コストの減少
- 在宅療養支援診療所等の日常生活圏域での確保や、夜間を含めて地域での一次医療を担う「地域当直医」の整備・普及
- 24時間巡回や複合型事業所の導入に際して包括報酬を採用

#### 5. コメント

- 5.1 地域の仕組みづくり先導者は誰でもよい
- 5.2 全国一斉ではなく先進地域から横展開
- 5.3 高齢者の生活を支える諸要素の一つが介護、またその部分が介護保険給付サービス
- 5.4 対象が高齢者だけではない地域包括ケア

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題 | 医療介護分野の人材(対労働力人口):5.8%(2007)→約1割(2025)

介護人材は急速に増加(10年で2倍超)、介護人材の不足が指摘されている。

- 不況下で人材不足は、特に地方部において改善。経済情勢に影響され、安定的確保が必要。
- 介護の一般労働者は、全産業と比較し、離職率が高く、給与が低い傾向(短時間労働者は逆の傾向)。
- 離職率は事業所により二極化。小規模事業所は、離職率が高く給与が低い傾向。労働法規非遵守事業場が8割弱にのぼる。
- 給与以外の面(やりがい、能力向上、働きやすい職場)に対する雇用管理も重要。

課題①: 良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

課題②: 事業者による雇用管理・組織経営等

課題③: 介護労働市場全体の労働環境整備

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿(p33~36)

- 医師・看護師は急性期の医療機関に重点的に配置、訪問看護において、より自律的に医療に携われるようになっている。
- 基礎的な医療的ケアは、医師・看護職員との連携の下、介護福祉士が担っている。 **本文p35**
- 介護職員の間口が広がり多様な働き方が実現する一方、キャリアアップする資格制度の見直し等が行われている(→介護福祉士→専門性を有した介護福祉士の(受けやすい)研修制度が確立)
- 資格に応じた賃金体系、看護職員・介護福祉士・社会福祉士が相互に資格をとりやすい仕組みが整備されている。

- 介護事業者による労働法規の遵守が徹底。
- 雇用管理の取組に応じて、介護労働者による適切な事業者選択が実現。夜勤、出産・介護等の労働者の不安・不満が解消されている。
- キャリアパス設定や研修機会確保により、キャリアアップの取組が推進されている。
- 事業者・従業員とのコミュニケーションの積極化により、職場環境整備やサービスの質の向上が図られている。
- 事業者規模の拡大等により、組織経営の安定化・効率化が実現。

- 他産業からの転職者を含め参入促進のため実態に応じた職業訓練が実施
- キャリア開発の推進の観点にたった教育・研修体制が推進されている。
- 労働環境の整備(育児休業等の取得推進等)により働きやすい環境が実現。
- 地域の実情に応じて、都道府県・市町村が教育・研修等の施策を実現する環境が整備。
- サービスの質に基づいた介護報酬体系が構築、質の評価に伴い人員配置基準や設備基準は弾力化されている。

3. 当面の改革の方向(提言)(p46~52)

- 看護職員との連携のもと特養における介護職員の口腔内吸引等を実施できるようにする。
- 介護福祉士が基礎的な医療的ケアを実施するとした場合の条件を検討すべき(p46-47)。
- 介護職員基礎研修や訪問介護員2級課程のあり方の検討が必要(p48)。
- 訪問介護の生活援助については、地域支援事業活用等により、人材の裾野拡大が可能。
- 介護支援専門員の試験・研修の見直し、研修内容や講師の資質の向上が必要。
- 地域包括支援センターの3職種の研修を充実させるべき。
- 役割りの拡大に応じて、行政職員の能力拡大や、人事のあり方の見直しが必要。

- 事業者に対する労働法規遵守の徹底→労働法規に違反・罰則事業者には介護保険法の事業者指定を行わない等の措置を検討。
- 事業者の希望に応じて、雇用管理データ(賃金、勤務時間、人材育成の取組等)の公表を検討(サービス情報公表制度の活用など)。
- 介護職員処遇改善交付金のキャリアパスへの取組の成果等を踏まえ、事業者の取組を強化する施策を講じるべき。キャリアアップの好事例の普及をはかるべき。
- 組織経営の安定化・効率化の目標を勘案し、指定基準・介護報酬の設定を検討すべき。複数サービスをパッケージ化した事業所創設を検討すべき。
- 事業者による人材発掘を推進すべき。

- 緊急対策成果を踏まえ支援策を継続すべき。
- 現場の経験を吸い上げて、キャリア開発に資する教育・研修を作成する仕組みとすべき。
- キャリアを登録・証明する仕組みを導入。
- 定着促進における国・自治体の役割整理や協力の仕組みの構築を検討すべき。
- 「現任介護職員等の研修支援」「介護職員処遇改善交付金」後の対応を検討すべき。
- 女性が多いという労働市場の特性を踏まえ、育児支援等の推進を図るべき。
- 夜勤業務負担の雇用管理、身体的負担軽減(福祉用具活用等)、IT積極活用を図るべき。
- 意欲を高める職場づくりの検討、事例普及。
- 人材の処遇を改善するための質の評価指標開発;従事者がやりがいを感じる取組をサービスの質ととらえた評価を検討など(p52)

平成 21 年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書

# 地域包括ケア研究会 報告書

平成 22 年 3 月

## 地域包括ケア研究会



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

# 目 次

地域包括ケア研究会について.....	1
基本認識.....	3
1. 地域包括ケアを巡る現状と課題.....	4
(1) 介護保険制度の実施状況と2025年の超高齢社会.....	4
(2) 2025年の超高齢社会を見据えた課題認識.....	17
2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿.....	27
(1) 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方.....	27
(2) 地域包括ケアを支える人材の在り方.....	33
3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向（提言）.....	37
(1) 地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言.....	37
(2) 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言.....	46
(3) 持続可能な介護保険制度とするために.....	53
(4) 終わりに.....	55

# 地域包括ケア研究会について

## 1. 開催の趣旨

「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～」(平成20年度老人保健健康増進等事業)等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域包括ケアシステムの在り方や地域包括ケアシステムを支えるサービス等について具体的な検討を行うため、有識者をメンバーとする研究会を開催した。なお、「地域包括ケア研究会(合同部会)」は、「地域包括ケアシステムに関する検討部会」及び「地域包括ケアを支える人材に関する検討部会」の二部会で構成した。

## 2. 研究会メンバー

### (1) 地域包括ケアシステムに関する検討部会

天本 宏	医療法人天翁会理事長
金井 利之	東京大学大学院法学政治学研究科教授
櫻井 敬子	学習院大学法学部教授
高橋 紘士	立教大学教授
田中 滋(座長)	慶応義塾大学大学院教授
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター長
宮島 香澄	日本テレビ報道局経済部 解説委員
村川 浩一	日本社会事業大学教授
森田 文明	神戸市高齢福祉部長

(以上50音順、敬称略)

### (2) 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会

池田 省三	龍谷大学教授
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
澤田 信子	神奈川県立保健福祉大学教授
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長
藤井 賢一郎	日本社会事業大学准教授
堀田 聡子	東京大学社会科学研究所特任准教授
前田 雅英(座長)	首都大学東京法科大学院教授

(以上50音順、敬称略)

## 3. 研究会の運営

研究会の庶務は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行った。

#### 4. 開催経緯

##### (1) 地域包括ケア研究会（合同部会）

回数	開催日	議題
第1回	7月31日	○研究会趣旨説明、今後の会議の進め方 ○介護保険を取り巻く現状説明
第2回	12月14日	○各部会の経過報告
第3回	3月23日	○報告書の取りまとめ

##### (2) 地域包括ケアシステムに関する検討部会

回数	開催日	議題
第1回	9月14日	○地域包括ケアを支える介護保険制度の役割
第2回	10月7日	○地域包括ケアを支える介護保険サービスのあり方 《プレゼンター》 ・高橋紘士委員
第3回	10月15日	○多様な住まいの確保 《プレゼンター》 ・園田眞理子氏(明治大学理工学部建築学科教授) ・天本宏委員
第4回	11月5日	○QOL向上のための予防・リハビリテーションの推進 ○医療系サービス 《プレゼンター》 ・斉藤正身氏(医療法人真正会霞ヶ関南病院院長)
第5回	11月20日	○認知症を有する者への地域での支援体制 《プレゼンター》 ・粟田主一氏(東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム研究部長) ・本間昭委員 ・天本宏委員
第6回	1月27日	○地域包括ケアのマネジメントの確立 《プレゼンター》 ・東内京一氏(厚生労働省老健局課長補佐、前和光市課長補佐)
第7回	2月12日	○地域包括ケアを実現するための基盤整備 ○低所得者対策 《プレゼンター》 ・森田文明委員
第8回	3月2日	○まとめ（Ⅰ）
第9回	3月12日	○まとめ（Ⅱ）

##### (3) 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会

回数	開催日	議題
第1回	10月2日	○人材全般
第2回	11月9日	○全体構成 ○人材の役割分担
第3回	1月18日	○事業者による雇用管理・組織経営 ○介護労働市場全体の労働環境整備
第4回	2月26日	○まとめ

## 基本認識（なぜ地域包括ケアシステムを目指すのか）

- 昨年度の「地域包括ケア研究会」報告では、「地域包括ケアシステム」について「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義し、「おおむね30分以内」に必要な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している。
- 団塊の世代が75歳以上となり高齢化がピークとなる2025年には、病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供できるようなサービス提供体制の改革が実現し、「地域包括ケアシステム」が構築されていることが必要である。
- このため、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、単独・夫婦のみ世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の双方を要する者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスシステムの機能強化が不可欠である。
- 地域には、介護保険サービス（共助）だけでなく、医療保険サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）、セルフケアの取組み（自助）等数多くの資源が存在するが、これらの資源は未だに断片化している。今後、それぞれの地域が持つ「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるようなシステム構築が検討されなければならない。
- なお、上記検討に当たっては、介護保険制度が成熟社会において国民に納得してもらえ持続可能な制度としてその役割を発揮し続けることが前提となる。そのためには、給付と負担の両面から、介護保険制度の果たすべき役割と範囲について国民の合意が得られるようにするとともに、自助、互助による取組みの推進・支援、サービスの効率的・効果的な提供の在り方、労働力人口が減少する中での質の高いサービスを提供する人材確保の在り方について検討を深めることが必要である。
- 昨年の研究会報告による論点整理を受けて、2025年に実現すべき地域包括ケアの姿を明らかにするとともに、これを実現するための当面の改革の方向を提言する。

## 1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

我が国の65歳以上の人口は、平成17年には総人口の20%を超え、最近の統計では既に22%に迫るなど、本格的な「超高齢社会」を迎えている。戦後一貫して増加傾向が続いた総人口も、少子化などにより既に減少に転じている。

こうした急速な高齢化・少子化の進展に伴い、高齢者を中心とした医療費の急激な増加、年金や介護に対する将来不安など、高齢者の保健福祉の様々な面で、我が国は大きな課題を抱えている。

特に介護問題は、高齢化に伴い、重度要介護者、認知症を有する高齢者が増える中で、核家族化により家族介護に頼れない状況も多く、高齢者の生活に係る最大の不安要因となっている。

平成12年度から、高齢者福祉の柱として介護保険制度が導入されたが、10年が経過し介護サービス利用者が急激に増加する中で、介護従事者の確保問題等、サービスの利用面と供給面双方に解決すべき問題が生じている。

国では、介護保険制度の持続可能性を確保するため、平成17年に介護保険法の大幅な改正を行い、予防重視型システムへの転換、地域を中心とした新たなサービス体系として地域密着型サービスを導入するとともに、平成21年度第1次補正予算において介護職員処遇改善交付金を計上するなど対策を講じている。

また、在宅医療の在り方に対するニーズ変化など、医療面における高齢者を取り巻く環境も多様化を遂げてきている。

以下に、(1)において、介護保険制度の実施状況と今後の高齢化の状況、(2)において2025年の超高齢社会を見据えた課題認識を記述する。

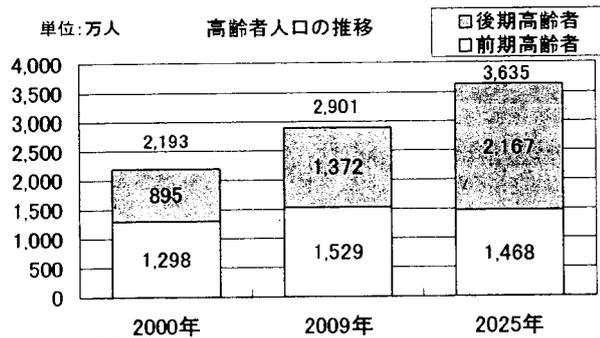
### (1) 介護保険制度の実施状況と2025年の超高齢社会

#### ① 高齢化の状況

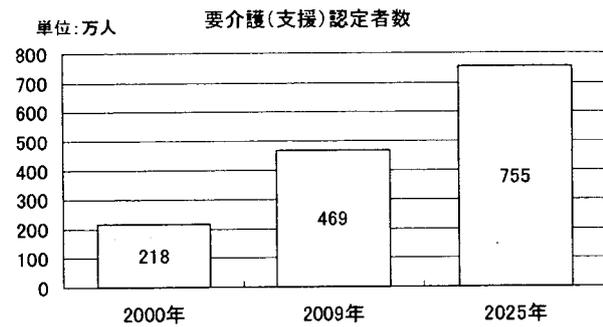
(高齢者人口と要介護(支援)認定者数)

2009年4月末日現在、65歳以上の高齢者人口は2,901万人であり、介護保険制度創設時の2000年4月末日の2,193万人からは32%の増加となっている。また、同期間の要介護(支援)認定者数は、218万人から469万人と115%の大幅な増加となった。

この実績等を勘案し、2009年から2025年の推計においては、高齢者人口が3,635万人と25%の増加、要介護(支援)認定者が755万人と61%の増加が見込まれている。特に、医療・介護ニーズの高まる75歳以上の後期高齢者人口の伸びは58%と高くなる。



出典: 総務省「各年推計人口」、  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」



出典: 厚生労働省推計

### (都市部の高齢者の実態)

全国的な高齢者人口の実態について2008年現在と2025年の増減率を推計で見ると、全国平均で、2,822万人から3,635万人と28.8%の増加が見込まれている。都道府県別に上位を示すと沖縄県49.4%、埼玉県47.3%、千葉県44.5%となっている。また、後期高齢者人口の推計では埼玉県129.1%、千葉県112.2%、神奈川県104.8%と東京都を取り巻く都道府県で100%を超える高い増加が見込まれている。

### 今後急速に高齢化が進む都市部

◎ 老年人口 (65歳以上) 単位: 万人

都道府県	2008年	2025年	増減	増減率	増減率順位
(全国)	2,822	3,635	+814	+28.8%	-
沖縄県	24	35	+12	+49.4%	1
埼玉県	136	201	+64	+47.3%	2
千葉県	123	178	+55	+44.5%	3
神奈川県	172	243	+71	+41.4%	4
滋賀県	28	38	+10	+37.0%	5
(東京都)	(260)	(343)	(+83)	(+31.8%)	(10)
和歌山県	25	30	+5	+20.0%	43
山形県	32	36	+4	+12.2%	44
高知県	22	24	+2	+9.1%	45
秋田県	32	35	+3	+9.4%	46
鳥取県	21	23	+2	+9.5%	47

◎ 後期老年人口 (75歳以上) 単位: 万人

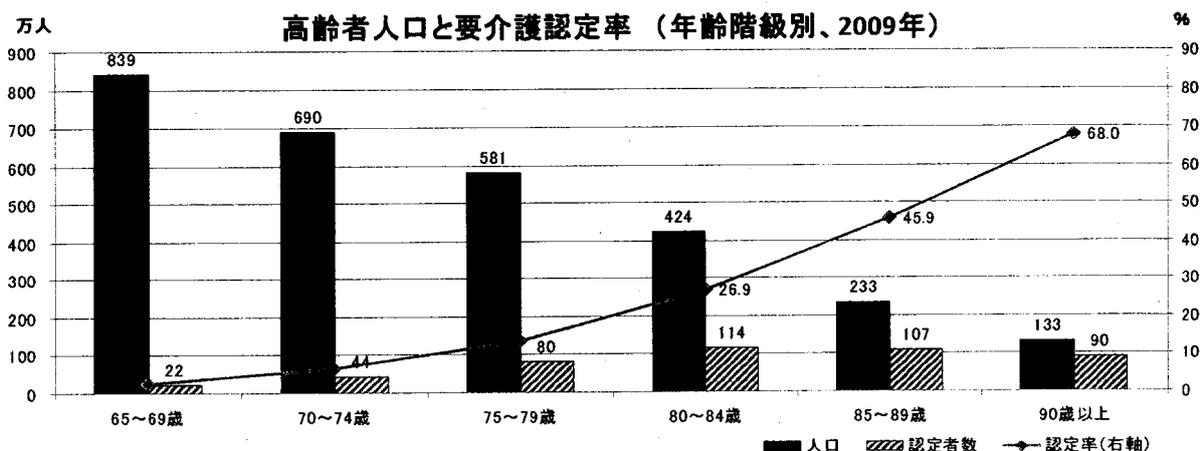
都道府県	2008年	2025年	増減	増減率	増減率順位
(全国)	1,322	2,167	+845	+63.9%	-
埼玉県	53	120	+68	+129.1%	1
千葉県	51	107	+57	+112.2%	2
神奈川県	72	147	+75	+104.8%	3
大阪府	77	151	+74	+96.2%	4
愛知県	60	115	+55	+91.5%	5
(東京都)	(118)	(206)	(+90)	(+77.8%)	(6)
鳥取県	8	10	+2	+26.9%	43
秋田県	16	20	+4	+25.2%	44
鹿児島県	24	29	+5	+20.8%	45
山形県	17	20	+3	+17.6%	46
鳥取県	12	14	+2	+16.7%	47

出典: 「平成20年10月1日現在推計人口」(総務省統計局)

「日本の都道府県別将来推計人口ー平成19年5月推計ー」(国立社会保障・人口問題研究所)

### (要介護(支援)認定)

高齢者人口に占める要介護(支援)認定者の割合いわゆる認定率については、2000年11.22%、2009年15.99%、そして2025年の将来推計では、高齢化に伴い21.45%と高位になっている。年齢階層別に認定率を見ると前期高齢者平均で3.1%以下、75歳から79歳で13.7%と後期高齢者の初期までは認定率は低いが、80歳を過ぎると認定率はおよそ30%を超える状況になることがこの要因である。後期高齢者人口割合の増加に伴い、全体の認定率は上昇していくこととなる。



出典：介護保険事業状況報告

#### （単独高齢世帯数（一人暮らし高齢者数））

単独又は高齢夫婦のみの高齢者の世帯数については、2005年には851万世帯だったが、2025年には1,267万世帯となると推計されている。核家族化の進展の結果、一人暮らし高齢者数は大幅な増加が予測されるが、特に要介護リスクが高まる後期高齢者の単独世帯数は2025年には、2005年比104.5%と高くなることが推計されていることに注意が必要である。

#### 高齢者の世帯形態の将来推計

	(万世帯)				
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
単独 (比率)	386 (28.5%)	465 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.0%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
単身+夫婦のみ	851 (62.8%)	999 (63.7%)	1,161 (64.4%)	1,245 (65.6%)	1,267 (66.6%)

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合  
出典：国立社会保険・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－」

	(万世帯)				
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主が75歳以上	554	704	827	943	1,084
単独 (比率)	197 (35.5%)	250 (35.6%)	296 (35.8%)	342 (36.2%)	402 (37.1%)
2005年と比較した増加率	(0.0%)	27.3%	50.5%	73.7%	104.5%

(注) 比率は、世帯主が75歳以上の世帯に占める割合  
出典：国立社会保険・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－」

#### （認知症高齢者数）

認知症高齢者数について、要介護認定に用いられる「認知症高齢者の日常生活自立度」のⅡ以上の人数は、2002年に149万人（65歳以上人口比6.3%）、2010年に208万人（同人口比7.2%）、2025年323万人（同人口比9.3%）に急増するものと推計されている。

## 認知症を有する高齢者の増加

単位：万人

(2002.9未現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲)				
		居宅	特別介護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
再掲	日常生活自立度 Ⅱ以上					
	日常生活自立度 Ⅲ以上					

※ 「その他の施設」： 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

単位：万人

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活自立度Ⅲ以上	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※1 下段は、65歳以上人口比(%)

※2 要介護認定に用いられる「認知症高齢者の日常生活自立度」においてランクⅡ以上と判断される高齢者数を推計したものであり、必ずしも医学的な認知症の確定診断を経たものではない。

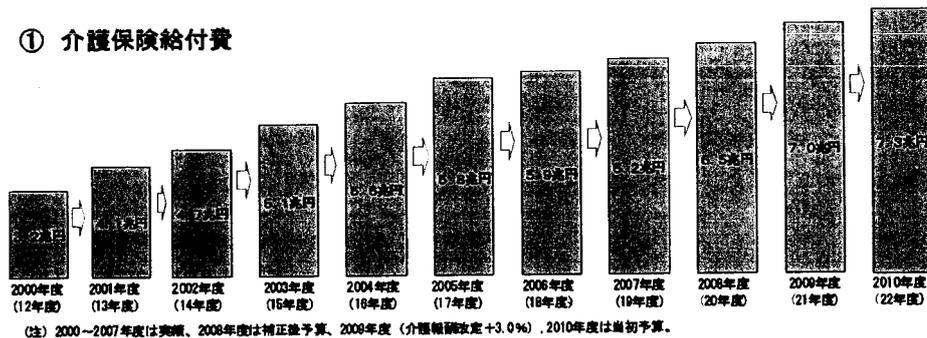
出典：平成15年6月 高齢者介護研究会報告書

## ②給付と負担の状況

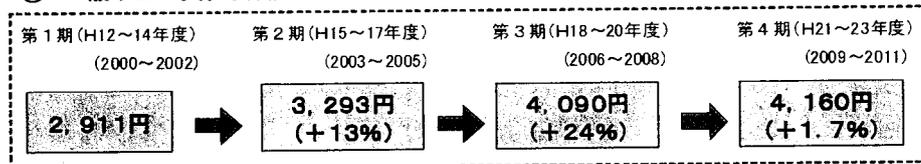
- 介護保険の給付費は、制度が始まった2000年度には約3.2兆円であったが、2010年度には約7.3兆円になる見込みであり、10年間で2倍以上に増加している。このように給付費を大幅に増やして介護サービスを拡充できたことは、社会保険方式による介護保険制度を導入した成果として、あらためて高く評価すべきである。
- 一方で、給付費の増大に伴って、介護保険の保険料額も上がってきている。65歳以上の高齢者が負担する第1号被保険者保険料の基準月額全国平均は、第1期の2,911円から第4期の4,160円まで上昇している。

## 介護保険給付費・保険料の動向

### ① 介護保険給付費



### ② 65歳以上が支払う保険料[全国平均(月額・加重平均)]



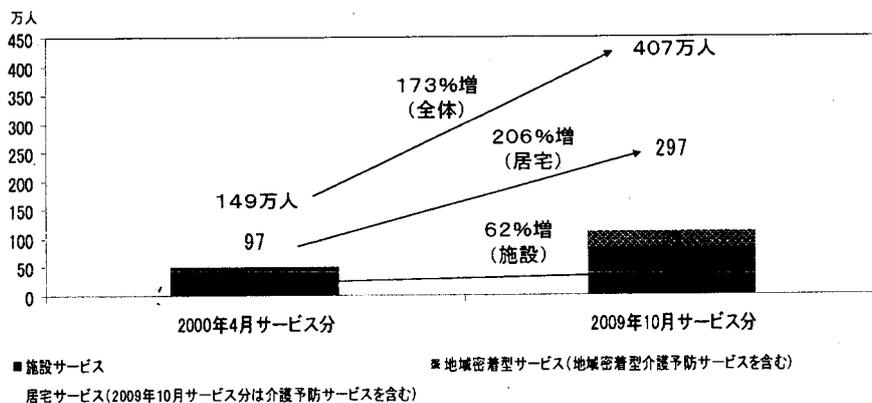
- 高齢化に伴う要介護高齢者の増加により、今後も介護保険の給付費は増加することが見込まれる。2008年に社会保障国民会議が行ったシミュレーションでは、2025年における介護保険の給付費と利用者負担を合わせた総費用は、現在のサービスの利用状況が続いた場合で19兆円程度、サービスの充実強化と効率化を同時に実施した場合で最大24兆円程度に達するものと推計されている。
- 仮に19兆円から24兆円程度の総費用を現行の介護保険の財源構成のままで購入した場合、2025年の保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

### ③介護サービスの実施状況

- 介護サービス受給者の推移を2000年4月と2009年10月のサービス分で見ると、2000年4月は居宅サービスが97万人、施設サービスが52万人だったのに対し、2009年10月には居宅サービスが297万人、施設サービスが85万人及び地域密着型サービスが25万人となる。サービス受給者数全体では、約407万人で173%の増加となり、その内訳は居宅サービスが206%の増加、施設サービスが62%の増加という状況である。

#### サービス受給者数の推移

- サービス受給者数は、約260万人（173%）増加。
- 特に、居宅サービスの伸びが大きい。（206%増）



【出典】平成21年度介護給付費実態調査(平成21年12月審査分)

※介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。  
 ※各サービス受給者の合計とサービス受給者数は調整のため一致しない。

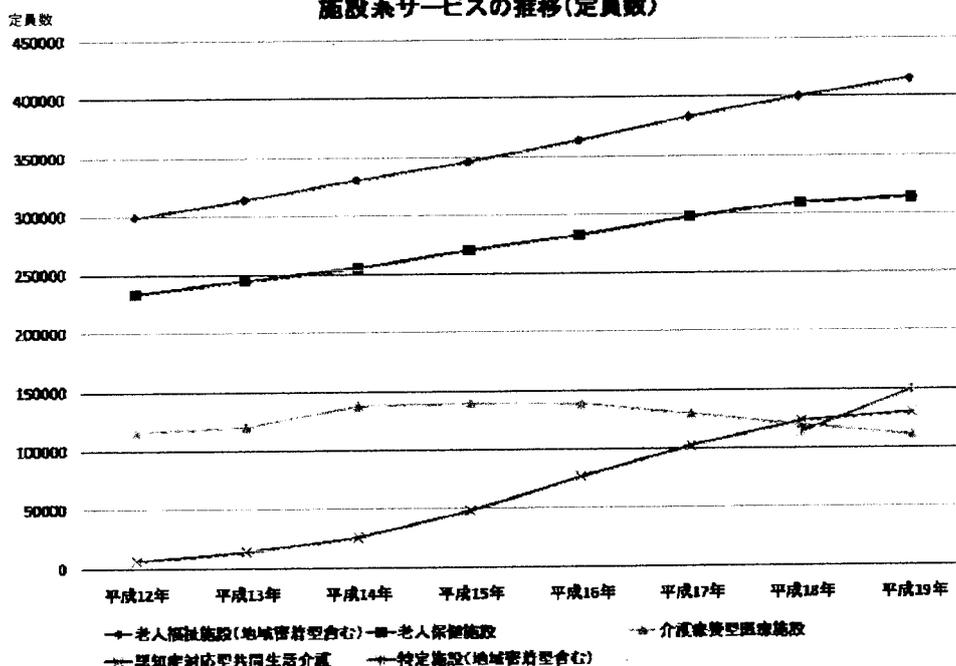
- 主なサービス種類別の受給者数（2009年10月審査分）が要介護認定者に占める割合を見ると、居宅サービスは63.2%（うち訪問介護25.5%・通所介護27.3%）、地域密着型サービスは5.4%、施設サービスは18.2%（うち介護老人福祉施設は9.3%・介護老人保健施設は7.0%・介護療養型医療施設は2.0%）となっている。

### 主なサービスの受給者数

	受給者数(千人)	第1号被保険者数に占める割合	要介護認定者数に占める割合
居宅サービス(予防込み)	2936.1	10.47%	63.22%
うち訪問介護(予防込み)	1186.2	4.23%	25.54%
うち通所介護(予防込み)	1268.0	4.52%	27.30%
地域密着型サービス(予防込み)	248.4	0.89%	5.35%
うち認知症対応型共同生活介護(予防込み)	142.8	0.51%	3.07%
施設サービス	847.2	3.02%	18.24%
うち介護老人福祉施設	433.6	1.55%	9.34%
うち介護老人保健施設	323.5	1.15%	6.97%
うち介護療養型医療施設	93.1	0.33%	2.00%
合計	3934.9	14.03%	84.72%

- ※1 受給者数は、平成21年度介護給付費実態調査（平成21年10月審査分）による。  
 なお、月の途中で要介護から要支援（その逆も同じ）に変更となった者を含む。
- ※2 第1号被保険者数は、28,050,568人（平成20年12月末） 出典：介護保険事業状況報告
- ※3 要介護認定者数は、4,644,359人（平成20年12月末） 出典：介護保険事業状況報告

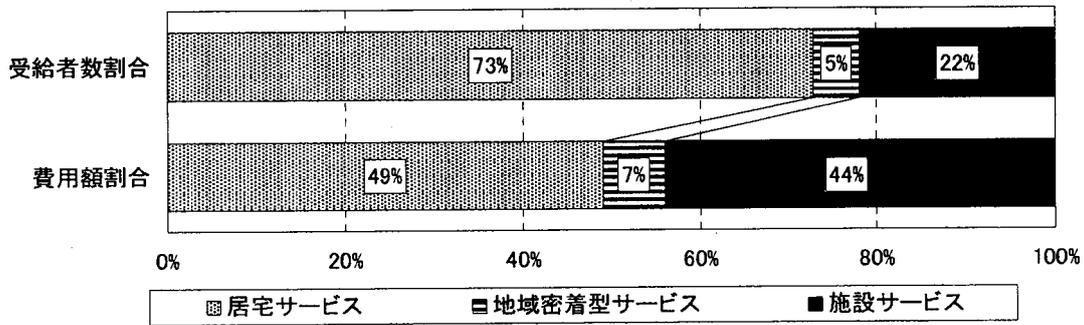
### 施設系サービスの推移(定員数)



出典：介護サービス施設・事業所調査（平成12年～平成20年）

- サービス種類別の費用額の割合（2007年度）の状況は、居宅サービスが49%・施設サービス44%・地域密着型サービスが7%となっている。サービスの受給者数では、居宅サービスが施設サービスより約3倍多いが、費用額では、ほぼ同じ割合となる。

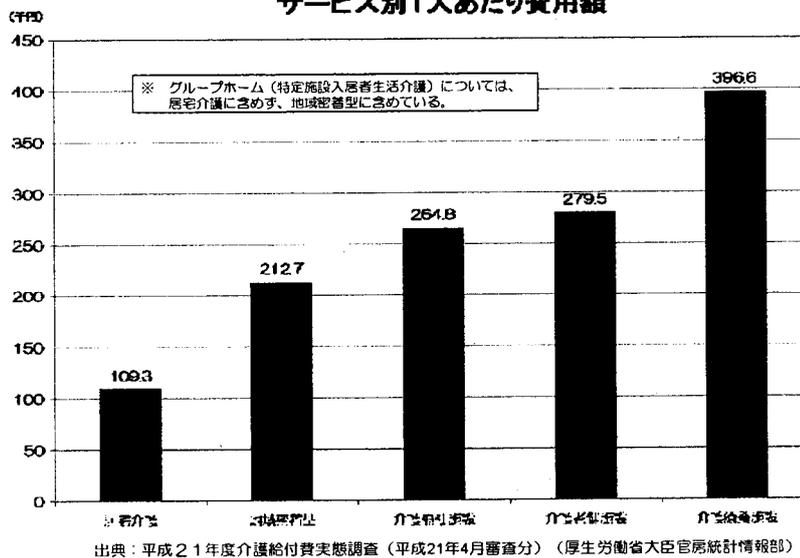
サービス種類別受給者数割合と費用額割



出典：平成19年度介護給付費実態調査結果の概況

- サービス受給者1人当たりの費用額の月額（2009年4月審査分）は、居宅サービスが109.3千円・地域密着型サービスが212.7千円・介護老人福祉施設が264.8千円・介護老人保健施設が279.5千円・介護療養型医療施設が396.6千円となっている。

サービス別1人あたり費用額



- 施設サービスについては、2000年10月から2007年10月までに約3割増加（65万床→84万床）しているが、現在、特別養護老人ホームの入所申込者数が42.1万人、うち在宅で要介護4・5の者が6.7万人いる等、依然として施設入所希望が根強い。また、介護保険施設について、ユニット型施設の入所定員を平成26年度に

50%以上（介護福祉施設は 70%以上）とすることを目標としているが、平成 20 年時点では、特別養護老人ホームで 21.2%、老人保健施設で 4.2%にとどまっている。

#### ④人材を巡る状況

（これまでの経緯）

- 介護保険制度が創設され、その普及が図られる中で、介護人材は急速に増大し、制度創設から 10 年を経て 2 倍以上になっている。高齢化の進展に伴うニーズの拡大により、財源も人材も増大してきたといえる。
- その一方で、サービスによって、人材確保を巡る状況には差異がある。在宅サービスについては、全般的に拡充が図られているが、訪問看護等の医療系サービスの従事者数の伸びが低いとともに、近年では、訪問介護の従事者数の伸びが頭打ちになっている<sup>1</sup>。
- 現状では、介護人材の不足が指摘されている。昨今の経済情勢の悪化を受けて、状況は大きく改善しているものの、介護分野の有効求人倍率は、2010 年 1 月現在 1.37 倍であり、人材はなお不足している状況にあるといえる。介護人材の確保の状況は、経済情勢から大きな影響を受けるが、将来に向けては、経済情勢に関わらず、介護人材を安定的に確保できるようにすることが必要である。

（離職率を巡る状況）

- 男女比などに違いがあり、単純な比較はできないが<sup>2</sup>、介護職員全体の離職率は、全産業平均と比較して高い傾向にある。
- サービス類型別や就業形態別では、施設介護職員等<sup>3</sup>の離職率は全産業平均よりも高いが、訪問介護員の離職率は全産業平均よりも低い。施設介護職員等については、一般労働者も短時間労働者<sup>4</sup>も、全産業平均より離職率が高いが、訪問介護員については、一般労働者は全産業平均より離職率が高い一方で、短時間労働者は全産業平均より離職率が低くなっている。なお、訪問介護員については入職率が離職率よりも低

<sup>1</sup> 訪問看護や訪問介護における従事者確保の状況は、人材確保そのものの状況のほか、サービスの在り方など多様な要因に影響される。

<sup>2</sup> 全産業平均では、男性労働者の離職率（12.2%）よりも女性労働者の離職率（18.0%）の方が高い傾向にあり、女性労働者の比率の高い介護分野は、離職率が高めに出る可能性がある。

<sup>3</sup> ここでの「施設介護職員等」は訪問介護員以外の介護職員を意味し、介護保険施設で従事する職員のみならず、通所介護・短期入所生活介護等の居宅サービス等に従事する介護職員も含まれている。

<sup>4</sup> 「一般労働者」とは、常用労働者のうち短時間労働者以外の者をいい、「短時間労働者」とは、同一事業所の一般の労働者より 1 日の所定労働時間が短い又は 1 日の所定労働時間が同じでも 1 週の所定労働日数が少ない労働者をいう。なお、介護職員については、介護労働実態調査での常勤労働者を、「一般労働者」と定義付けて記載している。

くなっており、特に、短時間労働者については、その傾向が顕著になっている。

- あわせて、事業所ごとの離職率の分布を見ると、離職率が10%未満の事業所と30%以上の事業所の二極化が見られ<sup>5</sup>、事業所ごとに、離職率の差異が大きくなっている。

【離職率の状況】<sup>6</sup> 注：( )内は入職率。

	合計		一般労働者		短時間労働者	
介護職員全体	18.7%	(22.6%)	20.2%	(25.1%)	17.1%	(19.8%)
施設介護職員等	21.9%	(28.6%)	20.3%	(25.5%)	27.6%	(39.4%)
訪問介護員	13.9%	(13.4%)	19.5%	(21.5%)	12.9%	(11.9%)
全産業平均	14.6%	(14.2%)	11.7%	(11.0%)	24.8%	(25.2%)

出典：平成20年雇用動向調査（厚生労働省）

平成20年度介護労働実態調査（(財)介護労働安定センター）

（賃金を巡る状況）

- 平均勤続年数、平均年齢等の違いがあり、単純な比較はできないが<sup>7</sup>、一般労働者である訪問介護員や施設介護職員の賃金は、産業全体と比較して低い傾向にある。一方、短時間労働者である訪問介護員・施設介護職員の1時間当たりの所定内賃金は、産業全体と比較して高い傾向にある<sup>8</sup>。

- つまり、中核的な役割を担うと考えられる一般労働者は、全産業と比べて、賃金が低く、離職率が高い傾向にある一方で、短時間労働者については、全産業と比べて、1時間当たりの所定内賃金が高く、離職率が低い傾向にあると言える。

<sup>5</sup> 施設介護職員等については、離職率10%未満の事業所が全体の31.2%を、離職率30%以上の事業所が全体の30.2%を占めている。訪問介護員については、離職率10%未満の事業所が全体の42.2%を、離職率30%以上の事業所が全体の18.8%を占めている。

<sup>6</sup> ここでの「一般労働者」とは、平成20年雇用動向調査の「一般労働者」、並びに、平成20年度介護労働実態調査の「正社員」及び「非正社員である常勤労働者」のことである。

ここでの「短時間労働者」とは、平成20年雇用動向調査の「パートタイム労働者」、及び、平成20年度介護労働実態調査の「非正社員である短時間労働者」のことである。

ここでの「介護職員全体」とは、平成20年度介護労働実態調査の「介護職員」及び「訪問介護員」のことである。ここでの「施設介護職員等」とは、平成20年度介護労働実態調査の「介護職員（訪問介護以外の介護保険の指定介護事業所で働き、直接介護を行う者）」のことであり、ここでの「訪問介護員」とは、平成20年度介護労働実態調査の「訪問介護員」のことである。

<sup>7</sup> 一般的に、勤続年数・平均年齢が高いほど、平均賃金が高くなるものと考えられる。

<sup>8</sup> 訪問介護員については、勤務時間が不定期・不規則になりがちであること、移動や事務等の非サービス時間を賃金支給の対象としていない事業所があり得ることに留意が必要。

- 2009年4月の介護報酬改定により、介護職員の賃金の上昇が見込まれる<sup>9</sup>とともに、平成21年度第1次補正予算によって創設された介護職員処遇改善交付金において、介護職員1人当たり月額平均1.5万円の賃金引上げに相当する額が介護事業者に対して交付される。これらの施策を受けて、介護職員の賃金の上昇が見込まれる。
- なお、短時間労働者については、税や社会保険料についてのいわゆる「103万円の壁」「130万円の壁」等によって就業調整が生じるとの指摘もあり、訪問介護員等の実数が確保しにくい事業者では、時間給の上昇によって労働時間数が減少し、かえって労働供給量が減少する可能性があり、賃金上昇に躊躇する場合がある。

【賃金の状況】<sup>10</sup>

		産業計	訪問介護員	施設介護職員	ケアマネジャー	看護師	准看護師	保育士
一般労働者	きまって支給する現金給与額(千円)	328.8	211.7	215.8	260.3	322.0	277.1	215.9
	勤続年数(年)	11.6	4.4	5.2	7.1	6.8	9.9	7.7
	平均年齢(歳)	40.9	43.9	35.8	44.9	35.9	44.5	33.5
短時間労働者	1時間当たり所定内給与(円)	999	1,269	1,009	1,352	1,643	1,453	980
	勤続年数(年)	4.7	4.3	3.3	3.7	4.2	5.4	4.9
	平均年齢(歳)	43.1	52.3	47.8	50.8	43.6	46.7	41.3

出典：平成20年賃金構造基本統計調査（厚生労働省）

（介護人材の意識）

- 介護職員として働く理由として「働きがいのある仕事だと思ったから」、「人や社会の役に立ちたいから」といった理由を挙げる者が多いことから、やりがいを求めて介護分野に入職してくる者が多いと考えられる。
- 働く上での悩み、不安、不満等として、「仕事内容のわりに賃金が低い」、「人手が足りない」、「身体的負担が大きい」といった雇用環境に対する悩み等のほか、「利用者に適切なケアが来ているか不安」、「介護事故で利用者に怪我をさせないか不安」等のケアの実施に対する不安を挙げる介護従事者が多い。また、サービス類型別に見ると、施設介護職員等では、夜勤の際の不安を挙げている者が多い。

<sup>9</sup> 「平成21年度介護従事者処遇状況等調査結果（概要）」（厚生労働省）によれば、調査時点で調査対象施設・事業所に平成20年及び平成21年ともに在籍していた介護従事者の平成21年の1ヶ月あたりの平均給与額は、前年同月と比較して平均で約8,900円の増加となっている。

<sup>10</sup> ここでの「訪問介護員」とは、平成20年賃金構造基本統計調査の「ホームヘルパー」のことであり、ここでの「施設介護職員」とは、平成20年賃金構造基本統計調査の「福祉施設介護員」のことである。

- 多くの事業所が「早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策」として挙げている事項は、「賃金・労働時間等の労働条件を改善する」、「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」、「非正社員から正社員への転換の機会を設けている」、「労働時間の希望を聞く」となっている。

(事業者による取組み)

- 現行では、介護事業者を含む社会福祉関係事業者は、全産業と比較して、労働法規を遵守していない場合が多い。

【労働基準法違反事業場比率】

	平成 19 年		平成 20 年		
	社会福祉施設	全産業	社会福祉施設	全産業	
違反事業場比率	75.0%	67.9%	77.5%	68.5%	
主要条文別	労基法第 15 条 (労働条件の明示)	14.3%	10.6%	15.5%	11.2%
	労基法第 32・40 条 (労働時間)	34.0%	24.6%	32.2%	25.2%
	労基法第 37 条 (割増賃金)	32.7%	17.5%	35.8%	18.1%
	労基法第 89 条 (就業規則)	26.9%	12.7%	24.3%	12.5%
	労基法第 108 条 (賃金台帳)	13.3%	6.7%	14.9%	7.0%

出典：労働基準監督年報

- また、離職率・賃金・人材育成の状況については、事業所規模が小さい場合、その状況が良好でない傾向にある。介護事業者は小規模な事業者が多く、事業者内部での教育やキャリアアップが十分に行いにくい事業者が多いものと考えられる。

【事業所規模（従業員）別の離職率（介護職員全体）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
離職率	26.6%	22.7%	25.9%	21.2%	18.0%	15.5%

出典：平成 20 年度介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）

【事業所規模（従業員）別の平均月収（介護職員全体）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
平均月収（万円）	20.2	16.7	17.2	17.7	20.2	20.0

出典：平成 20 年度介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）

【事業所規模（従業員）別・人材育成の取組みのための方策の実施割合（％）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
教育・研修計画を立てている	32.8	38.6	45.6	52.1	57.0	64.0
教育研修の責任者又は担当部署を決めている	21.0	22.1	26.8	34.0	40.0	46.8
採用時の教育・研修を充実させている	19.3	29.6	34.7	38.7	43.1	49.7
自治体や業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させる	41.2	40.1	47.6	50.8	53.4	54.6

出典：平成20年度介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）

（地域ごとの状況）

- 事業所の所在する地域別に離職率を比較すると、市部では離職率が高くなり、町村部では離職率が低くなる傾向が見られる<sup>11</sup>。
- また、都道府県別に介護関係職種の有効求人倍率を比較すると、職業計の有効求人倍率の高い東京・大阪・愛知とその周辺地域は、有効求人倍率（平成22年1月）が1.5を超えている場合が多いのに対し、東北・北海道、九州では、ほとんどの県で1.0を下回っている。
- 地域ごとでは介護関係の方が職業計よりも有効求人倍率が高くなっていることから、いずれの地域でも、介護人材の確保は相対的には難しい状況であると言えるが、地域ごとの状況を勘案すると、都市部での介護人材の確保がより難しくなっていると考えられる。

（人材を巡る状況・まとめ）

- 介護人材は不足傾向にあるが、その状況は、就業形態、サービス類型や地域によって相違がある。具体的には、事業者内で中核的な役割を担うことが期待される一般労働者については、全産業平均と比べて、賃金が低く離職率が高い傾向にある一方で、短時間労働者については、全産業平均と比べて、1時間当たりの所定内賃金が高く離職率が低い傾向にある。こうした相違を勘案しながら、人材確保のための対策を講じていくことが必要である。
- また、賃金面での改善の必要性が強調されることが多いが、介護人材の中には、やりがいや能力の向上、働きやすい職場環境の整備を求める声も多い。地域やサービス類型が同一であっても、事業者ごとに介護人材を巡る状況にはばらつきが見られると

<sup>11</sup> 平成20年度介護労働実態調査によれば、介護職員全体の離職率は、政令指定都市・23区では19.9%、他の市・区では19.0%、町村では15.1%となっている。

ころであり、事業者による雇用管理等が重要であると考えられる。実際、離職率の動向や人材育成の取組みは、事業者ごとに大きな差異があり、事業者による雇用管理等の取組みが重要であることが示唆されている。さらに、地域ごとに人材を巡る状況が異なっていることを勘案すれば、地域ごとの取組みが重要であるともいえる。

#### ⑤2025年超高齢社会の到来と人材の見通し

- 2025年に向けて、地域包括ケアシステムを構築していくためには、地域包括ケアの提供に資するような人材を育成することが必要である。
- また、2025年に向けて、高齢化の進展に伴い、必要となる医療・介護ニーズが増大し、サービス提供を担う人材の必要量が増大する。社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」によれば、医療・介護分野全体の人材数は、2007年時点では385万人だったが、2025年には、551万人～684万人程度を確保する必要があると推計される。

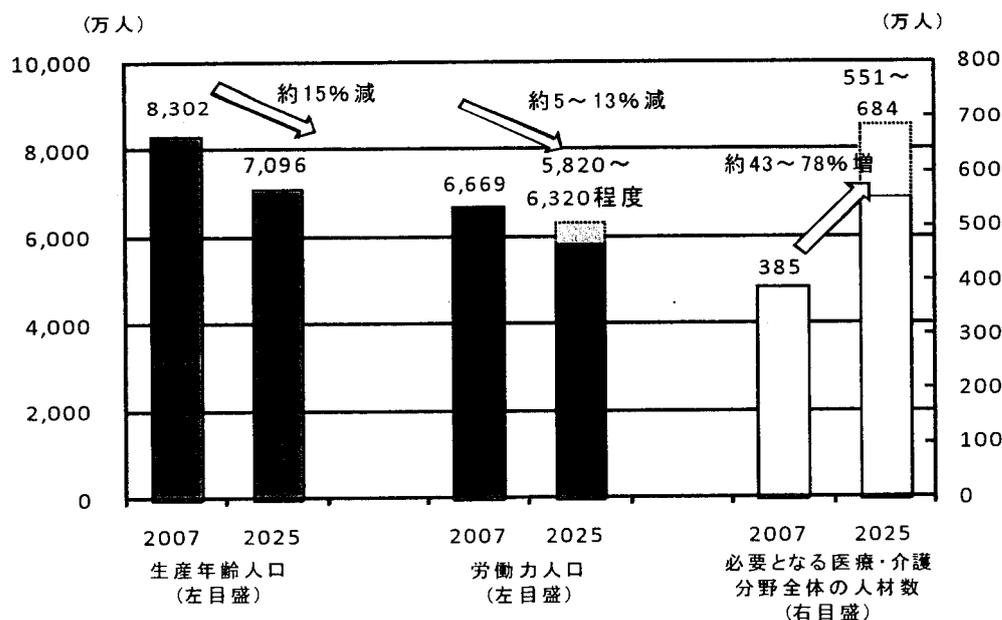
#### 【社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」における試算】

シナリオ		人材数の試算
現状投影シナリオ	Aシナリオ	551.1万人 ～ 563.8万人
改革シナリオ	B1シナリオ	一般病床の機能分化を行うとともに、在宅医療・居住系サービス・在宅介護サービスの充実等を図るシナリオ。 627.8万人 ～ 641.3万人
	B2シナリオ	B1シナリオを更に推進し、現在の欧米の水準まで高めるとともに、地域ケア体制の機能強化を行うシナリオ。 663.7万人 ～ 678.7万人
	B3シナリオ	急性期について更に機能分化を徹底するシナリオ。 669.1万人 ～ 684.4万人

- 一方、少子化の進展により、医療・介護サービスの担い手となり得る労働力人口は減少していく。雇用政策研究会「労働力人口の見通し（平成19年12月）」を用いた推計では、労働力人口は、2007年時点では6,669万人だったが、2025年時点では5,820万人～6,320万人になると推計される<sup>12</sup>。
- こうした必要人材数の増加と労働力人口の減少により、2007年時点では、医療・介護分野全体の人材数は労働力人口の5.8%だったが、2025年には、労働力人口の1割程度（8.7%～11.8%程度）を、医療・介護分野の人材として確保しなければなくなると見込まれる。2025年に向けては、少子高齢化が進展する中で、ケアに従事する人材量の確保が大きな課題となる。

<sup>12</sup> 若年者・女性・高齢者等の労働市場への参加が進まないケースでは5,820万人、参加が進むケースでは6,320万人になると推計される。

【生産年齢人口、労働力人口、必要となる医療・介護分野全体の人材数の見直し（試算）】



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見直し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「人口推計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

(2) 2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

①前提

- 需要爆発と資源制約（人材とコスト）の中で、選択と集中を行って制度を持続可能なものにすることが必須である。その上で2025年の目指すべき姿を描くことが必要である。
- 自助、互助、共助、公助の役割分担の明確化と再確認が必要である。
- 2025年の高齢社会を踏まえると、高齢者ケアのニーズの増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加などを背景として、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されなければならないが、各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要となる。

(諸外国での潮流)

スウェーデンやデンマークといった諸外国においても、過去には介護が必要な高齢者のために比較的大規模な施設の整備が行われていたが、施設整備についての見直しがなされてきたところである。

例えば、デンマークでは高齢者三原則（①生活の継続性、②自己決定の尊重、③自己

能力の活用)に沿って施設建設が禁止され、高齢者住宅の建設と24時間在宅ケア体制が確立された。

スウェーデンでは1992年のエーデル改革において「特別な住居」という概念が持ち込まれた。老人ホームだけでなく、ナーシングホームやグループホームも「特別な住居」と呼ばれることになり、「施設でない」ことが明確にされた。これにより、利用者が施設機能にあわせて移動(入所・退所)するのではなく、いずれの住居においても利用者の必要性に応じて、必要なサービスが提供されることになった。

また、オーストラリアでも、1985年高齢者ケア改革により、施設中心から在宅中心への政策の転換が進められた。現在では、要介護度の高い利用者に対して、ナーシングホームレベルのケアを在宅で提供するプログラムも展開されている。

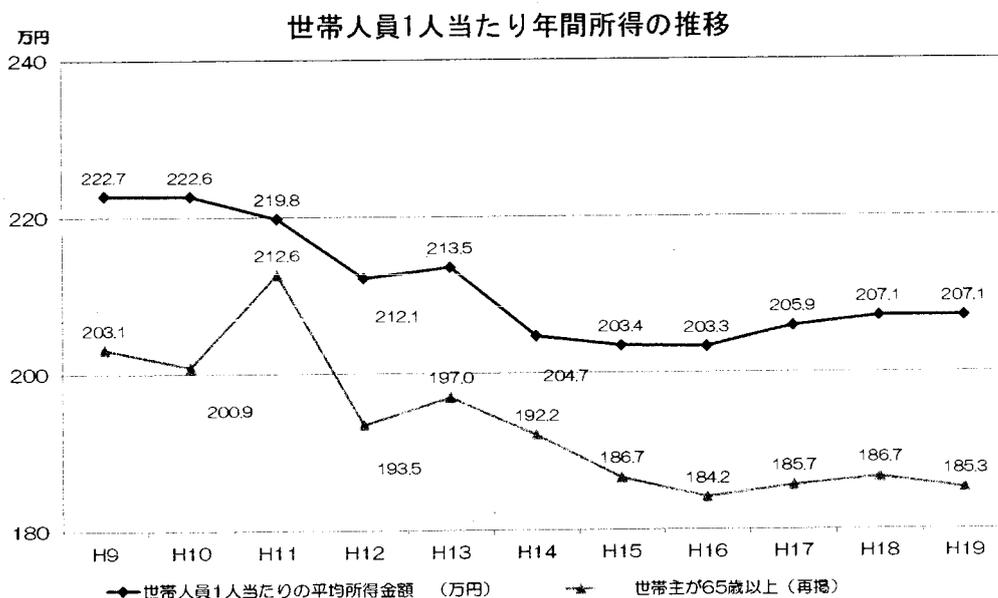
こうした世界的な潮流は「地域居住(エイジングインプレイス)」、すなわち、住み慣れた地域で高齢者の生活を支えることとして捉えられている。地域居住を実現するためには、従来の施設において一体的に提供されていた「ケア」と「住まい」の機能を分離し、ケアサービスを外部化することが鍵となる。

また、アメリカではNORC(Naturally Occurring Retirement Community)と呼ばれる自然発生的定年退職者コミュニティがある。NORCは、時の経過とともに自然に高齢居住者の割合が高くなった一定の地域を指し、例えばニューヨークでは高層の集合住宅がNORCとなっている。この地域(住まい)に継続して高齢者が住めるよう、心身状態が異なる高齢者の個別ニーズに応じたケアを提供する支援サービスプログラムがあり、注目されている。

## ②負担の在り方

- 介護保険制度は、国民の共同連帯の理念に基づき、給付費の半分を保険料で賄う社会保険方式を採用したことにより、制度創設以来、今日に至るまでの10年間で給付費は大幅に増え、また、民間企業を含む多様な事業主体によるサービスの提供が実現した。今後も、このような社会保険方式の特性を活かしながら、制度を安定的に運営していくことが望ましい。
- 要介護高齢者が増加し、介護サービスの質と量の両面での拡充が求められる中で、地域包括ケアの実現に向けて、よりきめ細かなサービスの提供を実現していくための具体的な方策を考えるに当たっては、財源論を避けて通ることはできない。
- 財源論を考える際に重要なことは、誰が負担するにせよ、自ずとその負担能力には限界があるということである。それでもなお一定の負担増が必要だとすれば、サービスの利用者であり、かつ、費用の負担者でもある国民に開かれた形で議論を進め、今日において適当と思われる給付と負担のバランスの取れた水準を見出し、その実現に向けて給付の優先順位を明確にして、選択と集中を進めていくことが求められる。

- こうした選択と集中による効率的な介護保険制度を実現したとしても、なお給付費の増加が避けられないとすれば、公費負担の増加を含め、安定した新たな財源を確保する方策を考えていくべきである。
- 保険料については、高齢者が各々の所得に応じて無理なく負担できる水準であること、介護が必要となるリスクや給付の水準に見合うものとして納得して負担できる水準であること、年金の給付水準や医療保険の負担なども勘案した上で高齢者が負担可能な水準であることといった観点から、今後の在り方を考えていく必要がある。
- 現在は、65歳以上の介護保険の第1号被保険者のうち、約6割が住民税非課税である。一方で、今後、団塊の世代が高齢化していくにつれて、都市部を中心に厚生年金受給者など一定の所得のある高齢者が増えることが見込まれる。このような高齢者の所得の状況を踏まえつつ、負担に見合う給付を受けられることを前提として、介護保険の保険料や利用者負担の応能的な要素を強めていくことも必要との指摘がある。
- 低所得者対策については、所得と資産の両面から低所得者の定義を明確にすべきという指摘がある一方、資産などを正確に把握することは実務的に難しいという指摘もある。本人の所得が少なくても、家族に高所得者がいる場合や一定の資産を保有している場合の取扱いについて、国民感情に配慮しつつ、より公平な負担の在り方を考えていく必要がある。



出典：国民生活基礎調査

- なお、第2号被保険者の範囲を拡大して保険料の徴収対象を広げることにより、介護保険の財政基盤を安定させるという考え方もあるが、第2号被保険者の範囲については、若年者への給付の在り方などと併せて慎重に考える必要がある。

### ③サービスの在り方

#### (基本的な課題認識)

在宅サービス利用は伸びているが、重度者を支えきれていないため、要介護状態の重度化や病気になって医療を要する状態になると、在宅の選択が困難となり、施設や病院に依存せざるをえない現状がある。地域完結型の高齢者ニーズを的確に捉えた地域包括ケアシステムの構築を図ることが課題である。

#### (在宅サービス)

##### 【訪問介護】

1日当たりの訪問回数が少ないとともに、緊急時の訪問があまり行われていないため、定期的な身体介護の必要性から24時間短時間巡回型(夜間対応も含む)訪問を求める高齢者や、随時対応型訪問を求める高齢者のニーズに十分に対応できていないとの指摘がある。高齢者のニーズに対応するとともに、効率的なサービス提供を行うためには、滞在型中心の訪問介護から24時間短時間巡回型(夜間対応も含む)の訪問介護への転換を図る必要性がある。

##### 【通所介護】

身体機能や生活機能の維持向上訓練、社会的孤立感の解消、レスパイトケアなどをプランニングし、サービス提供がなされているが、機能訓練部分が十分に提供されていないという課題が指摘されている。また、早朝や夜間延長などに対する柔軟な対応が必要と指摘されている。更に、医療リスクの高いケースへの対応として、療養通所介護の適正整備も必要である。

##### 【短期入所生活介護】

基本的に各利用者のケアプランのスケジュールに基づく運営のため、緊急的な利用ニーズに対応できない場合が多いとの指摘がある。また、医療依存度が高いケースでは、十分な対応が行えず、利用できないとの指摘がある。

#### (施設サービス)

施設サービスの質の面では、特別養護老人ホームでも医療ニーズが増大しているという指摘や、介護老人保健施設でも入所期間が長期化しており、介護老人保健施設の在宅復帰支援(リハビリテーション)機能が十分発揮されていないとの指摘がある。また、特別養護老人ホームが長期の生活の場として「入所待ち」が多くなっている実態にある。

量の面では、社会保障国民会議のシミュレーションでは、2008年度末から2025年までに施設サービスは34万床(44万床→78万床)、居住系は21万床(14万床→35万床)の更なる整備が必要とされているが、それだけの整備を行うのは特に都市部において、供給面・財政面でも現実的に可能なのかとの指摘がある。

特別養護老人ホームなどの施設は、身体介護、医療ケア、食事及び生活支援等がパッ

ケージで確保されている安心感がある一方、在宅ではこうした 24 時間の安心が十分確保されていないという現状がある。施設と同様なサービスを提供できる基盤整備ができれば、在宅や高齢者向け住宅でも対応できるとの指摘もある。したがって、施設整備を検討する際には、在宅支援の強化や高齢者向け住宅の整備を併せて進めていくことが必要である。

介護保険施設については、在宅復帰支援（リハビリテーション）、認知症対応、医療ニーズへの対応等の機能を重点化することが必要ではないか。

また、ユニット型施設について、未だに整備率が低い状況の下、平成 21 年度補正予算における介護基盤の緊急整備においては多床室も対象としているが、将来のニーズを踏まえれば個室・ユニットを促進する基本原則に立ち戻るべきである。

#### （認知症支援体制）

##### 【支援体制の計画化】

- 現行の介護保険計画等においては、認知症を有する者が住み慣れた地域での生活を継続するための支援などに関する事項の設定が明確にされていない。市町村計画において、認知症を有する者の数の把握、ニーズの把握と対応、認知症を有する者のサポート体制（認知症サポーター等の普及、かかりつけ医の認知症対応力の向上、認知症に関する理解の促進等）の整備などを盛り込むことを明確にする必要がある。

##### 【医療体制】

- 地域における認知症医療体制の整備については、認知症疾患医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われているが、いずれも量的な不足が課題となっており、今後は認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかる整備目標等を設定のうえ、計画的な確保を図るべきではないか。また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門会議の設置等による効果的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供等を進めるべきではないか。

（参考）

認知症疾患医療センター	150 カ所（平成 20 年度予算）
認知症サポート医養成研修終了者	871 名（平成 20 年度末現在）
かかりつけ医認知症対応力向上研修終了者	21,444 名（平成 20 年度末現在）

- 認知症を主病として精神病院に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状（BPSD、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）等の症状が軽快した場合の退院後の受け皿の整備を一層進めるべきではないか。

##### 【地域における支援】

- 認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である

認知症サポーターは、平成21年12月末現在で147万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動を展開しているところもある。地域包括ケアを進める上で、こうした人的資源の効果的で具体的な活用を考える段階に至っているが、具現化が少ないのではないかと指摘がある。

- 2025年の認知症を有する高齢者数は323万人（65歳人口比9.3%）との推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと。また、介護サービス基盤をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門デイサービス及びグループホーム等の整備をさらに促進すべきではないか。

#### 【若年性の認知症を有する者に係る支援】

- 若年性認知症については、社会参加や就労の観点が必要となるが、若年性の認知症を有する者の身体機能や就労継続・就労支援のニーズにあったケアを実施している事業所が不足している。

#### 【認知症を有する者の権利擁護】

- 虐待の未然防止のためには、認知症に関する理解を深めるなどの家族支援や、地域において、早期発見や見守り、介入支援等を行うための情報発信や対応を効果的に行う行政機関の体制、関係機関との連携が必要であるが、こうした体制の整備が不十分なことや、体制が存在しても十分に機能していないという指摘がある。
- また、認知症を有する者の権利擁護において重要な制度である成年後見制度の利用者数は、平成20年度末の累計で16万9千人であり、さらなる利用の促進が必要である。
- 加えて、認知症を有する者の医療行為に関する同意については、誰がどのように行うか明確でないため、医療行為の適用を巡って、現場は対応に苦慮しているという課題がある。

#### （軽度者へのサービスの課題）

高齢者ができるだけ介護が必要な状態にならず、自立した生活を送るため、高齢期に入る前から、心身の健康について知識を深めること、高齢者が積極的に健康づくりに取り組むことなどが重要であり、介護予防はその中心的な役割を担っている。高齢者の社会参加、社会貢献、生きがいづくりなどの活動は、介護予防につながる取り組みである。介護予防を社会活動という広い概念で捉え、その普及を促進させることが必要である。

しかしながら、以下のような課題がある。

- ・ 現行の介護予防事業について、健診や医師の診察による特定高齢者の把握は手間とコストがかかりすぎており、非効率（介護予防事業費用のうち、特定高齢者把握にかかる費用は約50%）であり、把握内容から見ても支援を必要とする閉じこもりなど的高齢者を把握することが難しく、介護予防事業の見直しを図るべきとの指摘がある。
- ・ 介護予防に資するプログラムとしては、運動、栄養、口腔関係の現行の介護予防事業のみならず、単独世帯や老老介護の増加によって、家族介護力の低下が顕著である中、見守り、配食、緊急通報などの多様な生活支援サービスの充実や介護技術習得など介護家族を支えるメニューの充実が求められるが、その整備が不十分である。とりわけ、地域社会からの孤立を予防する、会食会や地域のカフェテリアなどのインフォーマル事業の普及整備も十分とは言えない。

#### （看護・リハビリテーション）

##### 【リハビリテーション】

- 高齢者のケアは、リハビリテーションによって、高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めてから、自立していない活動について他の介護サービスで補うという考え方に立つべきである。その際、急性期から回復期にかけての医療分野におけるリハビリテーションと介護分野における生活期のリハビリテーションとが相互に連携し合い、一体的に提供されることが必要となる。しかしながら、以下のような課題や指摘がある。
- ・ 介護支援専門員や医師等の理解不足や区分支給限度基準額の存在などの影響から、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリテーションが十分に提供されていない。
- ・ 急性期から回復期にかけての医療分野におけるリハビリテーションと介護分野における生活期のリハビリテーションとが一体的に提供されていない。
- ・ 通所リハビリテーションについては、通所介護と提供されるサービス内容に大差がなく、目標を設定した上での計画的なリハビリテーションが提供されていない。
- ・ 訪問リハビリテーションについては、事業所数に地域的な偏りがあり、他のサービスに比べ利用率が低い。また、在宅生活を支える他の訪問系サービスとの連携が不十分であり、一体的な提供ができていない。

##### 【訪問看護】

- 訪問看護は、在宅での看取りをはじめとした診療の補助等を行い、特に中重度者の在宅生活を支えるために重要なサービスである。しかしながら、以下のような課題や指摘がある。
- ・ 他の介護サービスにおける利用者数が増加する中で、利用者数が横ばい（約26万人（2009年4月審査分））である。

- ・ 看護職員 5 人未満の訪問看護ステーションが全体の約 53%であり、在宅における看取り、1 人あたり訪問件数、夜間・早朝の訪問件数が少ないなど、効率的なサービス提供ができていない。
- ・ 他の訪問系サービスとの連携が図られておらず、看護職員が訪問介護サービスを介護職員に代替して実施していることが多い。
- ・ 在宅医療に携わる医師との連携が必ずしも十分でない。

#### (介護支援専門員によるケアマネジメント)

現状では、アセスメントやケアカンファレンスが十分に行われておらず、介護支援専門員によるケアマネジメントが十分に効果を発揮していないのではないかと指摘がある。利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成できるようにすべきではないか。

#### (地域包括支援センターの機能)

地域包括支援センターは、総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメント業務等を通じて、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネートを行う機関として設立されたが、必ずしも、その機能を十分に果たせていないのではないかと指摘がある。すなわち、地域のネットワーク構築、介護支援専門員への支援が十分に行えていないところが多いのではないかと、介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていないのではないかと等の課題が指摘されている。地域包括支援センターの制度導入からまだ 4 年目に入った段階であり、これらの課題を解決して、地域包括支援センターの機能を一層強化することが必要である。

具体的には、地域包括支援センター運営のなかでは、地域包括支援センター運営協議会等による地域住民や地域団体との連携機能があるが、この場を活用して地域における互助によるサービス創造の検討・提言が必要だと指摘がある。また、個別ケースを支援する包括的・継続的ケアマネジメント等を効果的に実施するために、医療や介護等の多制度・多職種連携を高める地域ケア会議等の機能強化が必要と指摘もある。

#### ④人材を巡る課題

- 2025 年に向けては、ケアに従事する様々な人材について、地域包括ケアシステムの構築という観点から、その在り方を検討することが必要である。あわせて、少子高齢化の進展に伴い、ケアに従事する人材量の確保も大きな課題となる。
- したがって、2025 年に向けては、人材量が制約されている中で、地域包括ケアシステムを構築することが必要であり、ケアに従事する人材の専門能力の一層の活用と生産性・効率性の向上を図っていかなければならない。こうした観点に立って、地域包括ケアを支える人材のより効果的な役割分担を検討することが必要である。

- 現状では、人材の効果的な役割分担が図られているとは言えない状況にある。具体的には、医療の専門職である医師・看護職員について、急性期の医療機関への重点的な配置が行われておらず、必ずしもニーズに応じたサービス提供が行えていない。
- また、介護職が基礎的な医療的ケアを実施できないとともに、ニーズを満たすだけの看護職員が十分に確保されていないことから、在宅で生活し続けられない、特別養護老人ホーム等の施設でも十分に対応できない状況となり、入院を余儀なくされているケースが少なくない。一方で、要介護者に対する基礎的な医療的ケアに看護職員しか従事できない現状は、人材全体の役割分担から考えれば効率的ではなく、また、適切なケアにつながらない可能性がある。このため、医療職・介護職の役割分担を見直すことが必要である。
- あわせて、介護職員については、量的確保と資質向上を同時に達成するという観点から、間口を広く保ちつつ、希望する者がキャリアアップできるような仕組みを構築することが必要である。
- なお、地域包括ケアの実現という観点から、専門職のほか、NPOや住民によるボランティア、利用者自身も含めた多様な人々の参画を推進していくことが必要である。また、自助の取組みの推進という観点から、セルフケアのための教材の充実等も図っていくべきである。
- 一方、人材の量的な確保・資質の向上を図るためには、①教育・職業訓練などを通じた参入支援、②やりがいや賃金と結びついたキャリアアップの仕組みの構築<sup>13</sup>など定着へのインセンティブの付与、③出産・介護等の際に一時的離脱や労働時間短縮が可能となるような労働環境の整備が必要である。
- このためには、まず、事業者における取組みの推進が必要である。実際、賃金・離職率・人材育成等については、事業者によって大きな差異があり、事業者の取組みが人材の確保に大きな影響を及ぼしていると考えられる。また、他産業の動向等を勘案した場合、事業者内での教育の充実によって人材の質を高めていくことが大切だと考えられるが、規模の小さい事業者が多いこと等も理由になって、介護分野では事業者内での教育が必ずしも十分に行われていないとの指摘もある。こうした観点から、人材の確保のためには、事業者による雇用管理・組織経営の在り方について検討していくことが必要である。

<sup>13</sup> 介護人材のキャリアアップを推進していくためには、事業者内でキャリアアップの仕組み（キャリアパス）が構築されるとともに、キャリア開発に資するような公的な資格制度及び教育・研修制度を整備することが必要である。公的な資格制度及び教育・研修制度は、事業者内でのキャリアパス形成に寄与するとともに、事業者の枠組みを超えたキャリア開発を可能にすると考えられる。

- あわせて、専門職労働に特徴的な雇用の流動化、女性労働者が多いという介護労働市場の特性等を勘案し、事業者の枠組みを超えて、中途採用・転職・出産等による一時離職等を前提にした、介護労働市場全体の労働環境整備が必要である。こうした観点から、職業訓練等による参入支援の充実や、キャリア開発を可能にするための資格制度及び教育・研修制度の充実・強化が必要である。
- また、人材を巡る状況が地域ごとに大きく異なっていることを勘案して、地域ごとの取組みを推進することが必要である。
- さらに、人材の資質と直結する介護サービスの質の評価の在り方の検討を通じて、「適正な処遇を行い人材の質を高めることが、介護サービスの質を高める」という流れを確立することが必要である。
- こうしたことから、地域包括ケアの実現・人材の量的確保というスタンスに立って、地域包括ケアを支える人材について、
  - ①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担
  - ②事業者による雇用管理・組織経営等
  - ③介護労働市場全体の労働環境整備の観点から、2025年における目指すべき姿を描き、その姿を実現するために必要な改革を行っていくことが必要である。

## 2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した「地域包括ケアを巡る現状と課題」を踏まえて、2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)の通りとなる。

### (1) 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

- 地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

- 上記のうち多様なサービスとは、

- ・ 居場所の提供
- ・ 権利擁護関連の支援(虐待防止、消費者保護、金銭管理など)
- ・ 生活支援サービス(見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援)
- ・ 家事援助サービス(掃除、洗濯、料理)
- ・ 身体介護(朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助)
- ・ ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これらのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

### (住民主体の組織の活用、介護保険制度の役割)

- 身体介護や訪問診療・看護、リハビリテーションのサービスは共助である介護保険や医療保険を中心にサービスが提供されているが、要介護高齢者や認知症を有する者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、IADL<sup>14</sup>に着目した様々な生活支援サービスも不可欠である。

- こうしたサービスは、自治会やNPOなど住民主体の様々な活動体が自治体又は地域包括支援センターの積極的な支援を得て活動しており、その中核を担っている。

- 地域包括支援センターは上記住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり、介護保険サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービス

<sup>14</sup> ADLは身体機能となる「日常生活動作」(歩行・排泄・食事等)を指すのに対し、IADLは「手段的日常生活動作」をいい、掃除・調理・通院・服薬管理・金銭管理等の生活機能の自立度を表す。

についても把握しており、利用者や介護支援専門員が地域包括支援センターに相談すれば様々なサービスの情報が提供される。

- 地域包括支援センターの運営協議会には地域住民が積極的に参加しており、地域のニーズを吸い上げ住民主体の活動に結びつけている。定年後の世代を中心として高齢者が介護を受ける側だけではなく、支援する側として組織化が図られている。

#### (自立支援型マネジメントの徹底)

- 高齢者は要介護状態となっても、出来る限りその能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう、要介護状態の改善や悪化防止に資するように介護サービスや医療サービス等が提供される。介護支援専門員は利用者の意向だけでなく、身体状況、家族・親族の状況や経済状況、居住環境等を総合的に把握の上、高齢者のQOL向上を目標としてケアプランを作成・提示し、利用者が選択する。ケアプランは、要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、各サービス提供者においてその目標達成に向け計画的にサービス提供を行う。また、サービス担当者会議が定期的で開催され、目標の達成状況を点検し、介護支援専門員はその結果を踏まえてケアプランを修正して、より適切なサービス利用につなげる。
- 複合的な支援が必要で関係機関が広範囲にわたるような困難事例については、個々の介護支援専門員によるケースマネジメントだけでは十分な対応ができないため、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議を招集し、介護サービス等の担当者、地域住民、医療機関、その他関係機関の多職種によるチームケアにより総合的な支援につなげている。

#### (医療との連携)

- 医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当の介護支援専門員に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底している。在宅生活支援が困難なケースについては、管轄の地域包括支援センターが上記地域ケア会議において、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の専門職、民生委員及び後見人など地域の支援者に本人、家族なども加えてチームケアを編成し、支援メニューが検討され、ケアプランに反映される。これにより、退院後の在宅生活を本人も家族も安心してスタートできるようになっている。

疾病の種類に応じた具体的な医療と介護の連携のあるべき姿を参考1～参考4に例示する。なお、以下は退院後の在宅生活での支援のあるべき姿をケース別に示したものであるが、旧来の施設の入所者であっても外付けに必要な医療・介護サービスが提供され、要介護度の維持・改善、悪化防止に資するケアが確保されている。

### <参考1：認知症のケース>

認知症を有する者については、市町村におけるスクリーニングが普及して早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえばBPSDが出現しても、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、短期間で改善する。自傷他害等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神病院への長期入院の問題は解消されている。また、退院前後に様々な調整が必要なケースには、医療関係者のケアカンファレンスと介護関係者のサービス担当者会議の連携支援を行う場として地域包括支援センター主催の地域ケア会議が開催され、在宅復帰へのサービスメニューが本人や家族も参加して検討される。

地域にはグループホームや小規模多機能サービスが十分整備されており、これらの保険サービスを利用しながら安心して地域での生活を継続できる。また、地域には認知症サポーターが普及し、認知症への偏見も解消しており、サポーターを中心とした自治会やNPOが実施する見守り、食事、家族支援などの日常生活上の支援も受けている。認知症があることを理由にサービスの利用が拒否されたり、住居内外での行動を抑制・制限するようなこともなくなっている。身体合併症に対しても一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。

早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が図られ、高齢者の尊厳が保たれる。

### <参考2：脳卒中のケース>

脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）は、発症後急速にADLが低下する疾患である。

急性期や回復期を担当する医療機関においては、地域連携診療計画（クリティカル・パス）に沿って、発症直後からの集中的なリハビリテーション等が提供される。回復期リハビリテーションを担当する医療機関を退院する前には、通常の退院時カンファレンスに加え、生活期（維持期）の診療を担うかかりつけ医や介護支援専門員を始めとする医療・介護関係職種が一同に会し、急性増悪時の対応を含めた、より徹底した情報共有が行われる。

退院後は、リハビリテーションについては、医療保険で提供されたりリハビリテーションの量や内容も考慮しながらあらかじめ実施期間を設定し、多職種が連携・協働しながら計画的に提供する。訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所のみならず、訪問介護事業所が提供する自己能力を活用した自立支援型介護によって、ADLの維持・回復に資するサービスを受けることができる。また、かかりつけ医は、高血圧や糖尿病等の慢性疾患の管理及び嚥下障害等の脳卒中によって生じた機能障害に対する日常的な医学的管理を担う。

### <参考3：廃用症候群のケース>

廃用症候群は、従来から活動性の低い日常生活を送っていた者が、短期間の入院や生活リズムの変化等さらに活動量が低下する状況をきっかけに、発症時期の明らかでない緩徐なADL低下に至る病態であるが、積極的なリハビリテーションにより良好な機能回復が見込める状態である。

廃用症候群が明らかになった段階で、入院中の医療機関等でケアカンファレンスが開催され、退院後は、主に通所リハビリテーション事業所の利用により、短期集中リハビリテーションを含めた日常的なリハビリテーションの提供を受けるとともに、生活機能の維持・改善に資するケアプランに基づき、短期入所療養介護事業や回復期病床等の定期的なリハビリテーション合宿を利用し、積極的にADLの回復を図る。また、自治体が提供する予防サービスや、インフォーマルサービス（介護支援ボランティア等）により、

外出等の社会参加の機会を積極的に確保し、閉じこもりの予防や日常生活における活動量の増加に資する取組みが提供される。

#### <参考4：がんのケース>

がんは、急性期を脱した後も比較的高度な医学的管理を必要とするとともに、短期間に病状が進行し、看取りには高頻度の訪問ケアを要する疾患である。

専門医療機関において手術や抗がん剤投与等の根治療法が提供された後、通院や訪問診療によって抗がん剤の投与や疼痛管理が行われる場合については、退院後に速やかに介護サービスを利用できるよう、積極的に暫定ケアプランを活用する。がん末期には急速に増悪し、看取り期の短期間には手厚い介護も要するという特殊性に鑑み、暫定プランの活用に加えて市町村の特別給付などにより十分なケアが受けられるような特段の工夫が実施されている。さらに病状が進行し、対症療法が中心となった場合には、自宅を含む多様な住まいにおいて、短時間巡回型の訪問看護・介護事業所から24時間対応型のケアの提供を受ける。また、訪問看護ステーションは急変時の窓口として機能するとともに、在宅医療を提供する医療機関やがんの専門医療機関との連携により、利用者本人のニーズや尊厳に配慮した緩和ケアや看取りを提供する。

地域包括支援センターは、関係団体と協力しながら専門医療機関と地域の医療機関の連携に関するコーディネーターとして機能し、がん診療に係る教育・研修の機会を確保している。

#### (介護予防、軽度者)

- 軽度者については、生活行為向上に資する通所・訪問でのリハビリテーションを中心として共助である介護保険サービスが提供され、家事援助を含む生活支援サービスは、地域ニーズに応じて市町村が柔軟に提供している。当該サービスは、専門資格を必要としないため、自治会やNPOなど多様な主体により提供されている。
- 要介護認定を受けていない自立高齢者についても、市町村はニーズ把握調査と地域住民ボランティアを活用した訪問調査によって、地域で孤立したり、ひきこもりがちな虚弱高齢者を把握し、様々なメニューのアクティビティの情報が市町村から提供され、参加できる。アクティビティについては、料理教室など多様なメニューが組み立てられており、高齢者が現役時代のスキルを発揮して、高齢者同士が相互に教え合う対等な関係が構築され、高齢者の社会参加が進み、結果的に介護予防に寄与している。

#### (在宅サービスの充実)

- 24時間365日での短時間巡回型の訪問サービスが中心になっている。特に、看護職と介護職が、日常生活圏域を担当するチームを形成して、担当地域を巡回している。夜間は緊急通報による連絡を主としており、深夜時間帯に実際に看護師等が訪問するケースは少ないため、効率的なチーム編成で対応できている。
- なお、人材の役割分担の見直しにより、看護職員が在宅医療を積極的に提供できるようになるとともに、介護福祉士が基礎的な医療的ケアを実施できるようになってお

り、医療と介護が連携したサービスが提供できるようになっている。

- 通い・訪問・泊まりサービスや医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション等）を、利用者の状態に応じて組み合わせて柔軟に提供する複合型事業所の日常生活圏域単位での整備が進んでおり、在宅においても施設と同様の24時間体制の安心を得られるサービス提供が実現している。なお、報酬上も包括支払いとなり、経済的な負担の面でも従来型の施設との不均衡が解消されたため、在宅生活を選択する者が多く、従来のような施設待機の問題は生じない。
- これに加えて、生活期のリハビリテーションについては、上記チームにリハビリテーション専門職種（理学療法士：PT、作業療法士：OT、言語聴覚士：ST）等も加わり、リハビリテーション専門職は在宅生活支援のためのリハビリテーションプログラムを作成し、家族及び介護職への指導や改善のアセスメントを行っている。

#### （高齢者住宅の整備確保）

- かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動（例えば、一般病院に入院→療養病床に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→重度化して退所し特別養護老人ホーム等に入所）を余儀なくされていたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備され、その時々の高齢者の状態の変化に応じて、必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、「住まい」と「必要なケア」が利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。
- 持ち家に住み続けることが困難な高齢者が在宅サービス拠点が併設等された高齢者住宅に住み替えるケースが増加している。こうした高齢者が高齢者の持ち家を賃貸することで高齢者住宅への住み替え家賃を捻出できるよう、住み替えの情報提供、相談やマッチング事業が実施されている。また、多くの市町村では、低所得者への対応として、借家に住む高齢者についても、高齢者住宅への住み替え時に家賃に対する助成が実施されている。

#### （施設の有効活用）

- 在宅復帰に向けて生活期のリハビリテーションを集中的に受ける必要がある者のために、リハビリテーションスタッフが重点配置された施設が整備されており、病院と住まいの中間施設として位置づけられている。一方、こうした機能を持たない従来型の介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」として位置づけられている。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」では、基本的な見守りと生活支援サービスが提供され、医療・看護・介護サービスは原則として外部の事業所から外付けで提供され

る。特に介護する家族のいない重度者は本人が希望すれば優先的に入居できる仕組みになっている。

- また、「ケアが組み合わされた集合住宅」を含め、入居者の自由が保障されており、身体拘束や行動制限はなくなっている。
- 上記在宅サービスの充実強化が図られた結果、現在のような特別養護老人ホームにかかる長期間の待機者は生じない。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」は、内部入居者へのケアはもちろんのこと、地域に開放され、カフェ（地域住民の集いの場所）、複合型在宅拠点（在宅生活支援の拠点）、元気高齢者や子育て層のボランティアのステーションにもなっている。
- かつての大規模施設は建て替え時に日常生活圏域における小規模な拠点としてサテライト化が進行している。こうしたサテライト型の拠点施設には民家を改築するなどコストを抑えて整備されることが多い。

#### （地域のネットワーク）

- 以上のように、日常生活圏域において、24 時間 365 日体制での生活支援、医療・介護サービス、バリアフリーの住宅の整備が進んでいることに加え、地域包括支援センターを中心として、サービス提供事業者（福祉医療関係者）、自治会、NPO、地域住民や行政機関（住宅部局、消費者相談員、警察、家庭裁判所などの周辺関係機関）との支援のネットワークが張り巡らされており、利用者が地域で生活を継続するにあたり困っていることへの多様な支援が迅速に提供される。
- この結果、独居世帯等の中重度の要介護高齢者等でも、医療を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活を継続することが十分可能になっている。

#### （地域特性の多様化）

- なお、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、人口も 75 歳以上人口も減少する町村部、その中間型等高齢化の進展状況に大きな地域差を生じている。
- 地域包括ケアシステムが、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築できるよう、国は介護保険の最低限の基準等や財政調整の仕組みなどを定め、保険者である市町村又は都道府県は地域の自主性や主体性に基づき独自の基準・報酬設定を行い、サービス基盤の計画的整備や人材の確保を図っている。また、介護保険外の住民主体の様々な支援については市町村が地域のニーズを踏まえて創意工夫による取組みを進めている。

## (2) 地域包括ケアを支える人材の在り方

### ①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

#### i) 基本的な考え方

- 2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

#### (医療職)

- 医療の専門職である医師・看護職員については、医療の機能強化という観点から、急性期の医療機関に重点的に配置されている。あわせて、訪問看護において看護職員がより自律的に医療に携われるようになっているなど、その役割分担と連携の在り方が見直されている。

#### (介護職)

- 要介護者に対する基礎的な医療的ケアについては、医師・看護職員との連携の下、介護についての国家資格を有している介護福祉士等が担っており、介護の現場において、基礎的な医療的ケアが適切に提供されている。
- 介護職員の量的な確保と資質の向上を同時に実現するために、全ての介護職員に一律にキャリアアップを求めるのではなく、働き方や業務内容に関する介護職員の多様な希望に応じた対策が講じられている。具体的には、介護職員になるための要件を過度に高めないことにより、間口を広く保ち労働力確保を行うとともに、キャリアアップを目指す者の希望が実現されるよう、資格制度の見直し等が行われている。
- 多くの人が介護の仕事に参加しやすい共通の研修制度が確立されるとともに、研修に参加できる体制が整備され、この研修制度から現場経験や研修を積み重ねれば、段階を踏んで介護福祉士になることができるようになっている。さらに、「より専門性を有した介護福祉士」といった上級の資格を取得することが可能になっている。
- このような資格制度の整備等によって、資格等に応じて事業者内での地位や賃金が上昇していくようなキャリアアップの仕組みが構築されている。また、キャリア開発の促進という観点から、例えば、看護職員・介護福祉士・社会福祉士の有資格者が、それぞれの資格をとりやすい仕組みが整備されている。
- あわせて、様々な介護職員等を指導して適切なケアを実施していくため、各種のリーダー層の養成が図られている。具体的には、施設長・管理者といった責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダーが養成されている。

- 介護職の役割を踏まえて、医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種の統合についての検討が進められている。

#### (看護職員と介護職員の連携)

- 上記のような看護職員と介護職員の役割分担を前提としつつ、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスの導入など、看護職員と介護職員の連携に基づくサービスの提供が図られている。

#### (リハビリ・機能訓練等)

- PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）は、在宅復帰時・施設入所時に要介護者の状態を評価して計画を策定するとともに、困難なケースを中心に、自らリハビリテーションを提供する。一方、日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）は、PT・OT・STの策定した計画に基づき、介護福祉士が実施している。

#### (専門職以外の者が担うケア)

- 民間事業者やNPO等による介護保険外の日常生活の支援や、高齢者も含めた住民によるボランティア等、専門職以外の者が担うケアが積極的に行われており、住民が主体的に参加する機会が広がられている。また、eラーニング<sup>15</sup>等、IT技術を活用しながら、地域住民の主体的な参加によって実現される「地域包括ケア」について、地域住民が皆で継続的に学習するような「学習する文化」が形成されている。

#### (認知症ケア)

- 要介護者・要支援者には認知症を伴うことが非常に多いとの認識のもと、ケアの専門職が認知症に関する十分な知識・理解と対応技術を有している。また、特に対応が困難な認知症を有する者への支援については、認知症の医療・介護について専門的知識を有する者（介護福祉士等）が、ケアに携わる者をスーパーバイズし、適切な助言を行っている。また、認知症サポーターの中の有志による見守り支援や配食サービスなどが多くの地域で組織的に行われている。

#### (介護支援専門員・地域包括支援センター等)

- 人材の役割分担の見直しや、専門職以外の者が実施するサービスを組み合わせたケアの積極的な実施に伴い、サービスのマネジメントの強化、本人・家族に対する相談支援の強化等という観点から、介護支援専門員の資質の向上、地域包括支援センターの機能の強化等が図られている。あわせて、行政職員が、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力等を発揮している。また、利用者自身がサービスのマネジメントについての知識を有している。

<sup>15</sup> パソコンやコンピュータネットワークなどを利用して教育を行なうこと。

ii) 地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）

○ 2025年における、地域包括ケアを支える人材の役割分担のイメージは、例えば、以下の表の通りとなる。

【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な訪問診療</li> <li>・急変時対応</li> <li>・看取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療開始時の指導</li> <li>・急変時の対応・指示</li> <li>・看取り</li> </ul>
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療の補助（医行為）</li> <li>・療養上の世話</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状観察</li> <li>・夜間を含む急変時の対応</li> <li>・看取り</li> </ul>
PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションのアセスメント・計画作成</li> <li>・困難ケースを中心にリハビリテーション実施</li> </ul>

【介護職など】

		現在	2025年
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u></li> <li>・<u>要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施<sup>16</sup></u></li> <li>・日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）</li> <li>・<u>他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言</u></li> </ul>
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u></li> </ul>
日常生活の支援（民間事業者・NPO等）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食</li> <li>・日々の移動の手伝い</li> <li>・レクリエーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事援助</li> <li>・配食</li> <li>・日々の移動の手伝い</li> <li>・レクリエーション</li> </ul>

（注1）上表は居宅サービスの場合のイメージ。

（注2）施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

（注3）地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

<sup>16</sup> 介護福祉士が行う「要介護者に対する基礎的な医療的ケア」の代表的な例としては、服薬管理、経管栄養、吸引などが考えられる。

## ②事業者による雇用管理・組織経営等

- 2025年には、介護事業者による労働法規の遵守が徹底されるとともに、雇用管理の取組みに応じて、介護労働者により適切な事業者が選択されている。また、夜勤等に対応した適正な労務管理、出産・介護等による一時離職後の職場復帰支援等を通じて、労働者の不安・不満が解消されるなど、介護事業者によって適正な雇用管理が行われている。
- 事業者が、キャリアパスの設定や従業員の研修機会の確保など、キャリアアップに資する取組みを推進している。また、職場の課題を従業員に対して情報開示するなど、事業者が従業員との間のコミュニケーションを積極的に図ることにより、職場環境の整備やサービスの質の向上などが図られている。
- 事業者規模の拡大、他の介護サービスや他業種との組合せによる事業実施の推進等を通じて、組織経営の安定化・効率化が図られ、事業者による雇用管理や人材確保の取組みが推進されている。

## ③介護労働市場全体の労働環境整備

- 2025年には、他産業からの転職者なども含めた様々な者の介護労働市場への参入を促進するため、実態に応じた職業訓練等が実施されている。また、キャリア開発の推進等という観点に立った教育・研修体系が構築され、介護労働市場への定着が推進されている。
- 育児休業・介護休業等の取得促進や短時間労働の普及等、労働環境の整備が図られ、従業員が働きやすい環境が実現している。
- 介護人材を巡る地域ごとの差異や、提供体制整備についての都道府県・市町村の役割を踏まえて、教育・研修等について、都道府県・市町村が地域の実情にあった施策を実施できるよう環境が整備されている。
- サービスの質の評価に基づいた介護報酬体系が構築され、質の評価に基づく介護報酬の支払いが行われている。なお、サービスの質に着目した介護報酬体系の構築に伴い、「構造（ストラクチャー）」指標である人員配置基準や設備基準の弾力化等が図られている。

### 3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向（提言）

2025 年は介護・医療ニーズが顕著になる 75 歳以上人口が現在の 2 倍に増大する社会である。上記 2 に提示した「地域包括ケアシステムの姿」を 2025 年までに実現するためには、上記 1 で整理した各サービスの現在の課題を解決するのみならず、現行の施策の延長ではない思い切った改革に早急に着手する必要がある。本研究会として、サービス提供体制については「地域包括ケアシステムに関する検討部会」において、人材確保については「地域包括ケアを支える人材に関する検討部会」において検討を進めてきたところであり、各々の部会として当面行うべき改革の方向について以下のとおり提言する。

なお、国は以下に掲げる改革に早急に着手のうえ、新しいサービスの定着・普及を図り、2025 年までに生活圏域における量的な整備を完了することが必要である。量的整備に当たっては、例えば都市部では空き家など既存資源活用による小規模な拠点の整備を進め、人口減少地域では既存施設の転用や政策的集住を誘導するなど、地域の実情に応じた整備方策が重要であり、そのための規制緩和や税制の在り方についても検討していくべきである。

#### （1）地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

##### ①国の基本原則の提示と自治体の計画的整備

（国の基本原則）

- 平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定に当たっては、国として地域包括ケアを進めるべく、以下のとおり基本政策を明示する。
- 高齢者ケアの原則として、①住み慣れた地域や住居での生活の継続、②本人の選択、③自己能力の活用の 3 点を国として打ち出す。
- サービス提供に当たっては、在宅サービスが優先であって施設サービスは補完的なものであり、在宅での生活継続がどうしても困難な場合にはじめて施設を利用するという原則に立つべきである。すなわち、多数の職員を抱えるような従来型の施設とは異なり、軽装備の多様な住宅を前提として、地域の医療や介護などの様々なサービスを利用者の状態にあわせて組み合わせることにより、24 時間 365 日体制のケアシステムを地域単位で実現する「地域包括ケア」の構築を国の政策として明示し、国民の合意形成を図っていく。

なお、「在宅」とは現役世代から住んでいる自宅に限定されるものでなく、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などに住み替えることも含んだ広義の概念であることに留意が必要である。

また、「住み慣れた地域」についても、現役世代のときに住んでいた地域や住居に固執した概念ではなく、本人が住み続けたいと考える地域を本人が選択するという広い意味で捉えるべきである。

(自治体の計画立案)

- 日常生活圏域ごとにどのような支援を要する人がどの程度存在するかを的確に把握するための給付分析・ニーズ調査を実施のうえ、圏域毎に必要なサービス量を盛り込んだ事業計画の策定を目指すべきである。平成24年度からの第5期事業計画に間に合うよう、調査の手法を国がテキストとして作成してはどうか。
- 介護保険事業計画については、施設の基盤整備のみならず、高齢者の住まいの整備促進、在宅医療の推進も重点分野として選択して記載することとし、高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）による計画や医療計画との整合性を市町村単位で確保すべきである。
- 市町村が地域のニーズを把握の上、主体的に基盤整備を促進できるよう、地域密着サービスの拡大によりサービス事業所指定権限について市町村への移管を進め、あるいは都道府県指定権限に属する広域型の在宅サービスについて市町村と協議して決定する仕組みを導入してはどうか。なお、市町村の規模によっては事務体制に格差があることから、希望する市町村または政令指定都市・中核市レベルの市町村から先行して実施してはどうか。また、市町村が主体的にサービス基盤の整備を進めるにあたっては、地域住民の目に見える形で意思決定が行われるよう、留意すべきである。
- 地域の実情に応じた基盤整備が行えるように、国が定める参酌標準は画一的な設定ではなく、当面、一定の幅（上限と下限の設定）を持たせて設定すべきではないか。
- 事業計画については、基盤整備や人材育成には時間を要するため5～6カ年程度を1期とし、3年毎に見直すこととして、中期的に計画的な整備が進むようにしてはどうか。
- 24時間365日体制で日常生活圏域においてサービスを継続的に提供できる事業者を育成することが重要であることから、市町村が一定の要件を満たす事業者により日常生活圏域でのサービス提供を一定期間一任する権限を認めてはどうか。
- さらに、市町村は、保険者としての立場を超えて、地域住民全体の福祉の向上を目指す政策主体としてニーズ調査、計画策定などを行うことを中心とすべきである。しかしながら、市町村では定員削減や業務の民間委託により、給付分析が適切に行えないなど、職員の政策立案能力が低下しているとの指摘もある。今後、市町村の職員体制の充実、政策立案能力向上にかかる研修、基幹的事業の直接運営の維持などを図るべきではないか。
- 都道府県は市町村の事業計画の底上げを図るため、より広域での施設やサービスの配置計画にかかる総合調整機能を強化していく。

## ②地域包括ケアを支えるサービスの在り方

### i) 在宅サービスの抜本的充実～日常生活圏域に24時間の安心を確保

(地域包括ケアを実現するためのケアマネジメント)

- 地域包括ケアを支えるサービスを論じるには、介護・医療・生活支援・住まいの確保等に係る他制度・多職種の連携を基本に効果的なサービス投入を図るための包括的なケアマネジメントが行われることが前提となる。
- まず、「適切なケア」がどのようなものであるのかといった「ケアの標準化」に関する合意形成を専門職が中心となって進めることが重要である。その際、従来の「保護型介護」から脱却し、「自立支援型介護」「予防型介護」という視点に立って、「ケアの標準化」を図ることが必要である。また、多様な制度を活用しながら、在宅介護の可能性を最大限に追求することも必要であり、その視点は要支援者から重度要介護者の全般に対して適用するべきである。
- その上で、介護支援専門員は利用者や家族の意向を尊重するだけでなく自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の合意を形成していく能力が求められる。そのための研修の見直しや講師養成の在り方を検討することが必要である。
- また、現場レベルにおいても、地域包括支援センターの職員を中心とした専門職が、自立支援に資するケアプランとなっているかどうかの評価を行うなどの具体的な取組みを進める。
- なお、上記取組みとあわせて、自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべきではないか。

### (24時間短時間巡回型在宅サービスの強化)

- 現在の滞在型中心の訪問介護では要介護者の在宅生活を支えることは困難であることから、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスを導入して、短時間の定期巡回と夜間通報システムによる緊急訪問等を組み合わせて、24時間365日の在宅生活を支えられるようにすべきである。この24時間短時間巡回型在宅サービスが効率的に提供されるためには、ITの活用が不可欠でありその普及を図るべきである。なお、具体的なサービス提供の方法については、地域特性等に応じたより適当な方法を、各地域において開発していく。
- さらに、既存の在宅サービス（ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなど）の複数のサービスを柔軟に組み合わせてパッケージ化して提供する複合型事業所の導入を検討すべきではないか。

(訪問看護、リハビリテーションの推進)

- 上記 24 時間巡回型のサービスについて、看護と介護が連携して巡回する事業も導入して、在宅の看取りを担う事業として促進すべきではないか。これにより事業者の大規模化を図り、経営安定化も推進されるのではないか。
  
- リハビリテーションについては、PT・OT 等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。
  
- 「維持期リハビリテーション」という言葉を「生活期リハビリテーション」に改めて、自己能力を活用し、在宅生活を自立して過ごせるようにするためのサービスであることを広く国民に徹底する。

(在宅医療の推進)

- 地域・在宅での生活を継続するためには、24 時間対応の看護・介護体制をバックアップする地域医療の充実が不可欠である。在宅療養支援診療所等の日常生活圏域での確保など、夜間を含めて地域での一次医療を担う「地域当直医」を整備・普及していく。
  
- また、こうした在宅医療については地域医療計画において、都道府県レベルではなく市町村レベルで策定し、介護保険事業計画との整合性を図る。

(区分支給限度基準額)

- まず、要介護度区別に区分支給限度基準額の上限を超えてサービスを利用している事例についての実態把握と情報共有を行うべきではないか。
  
- 訪問看護、リハビリテーションの必要性について、要介護認定においては個々の申請者のニーズが必ずしも適切に反映されていないのではないかと指摘がある。かつ、利用者は介護保険と医療保険の双方の保険料を負担している以上、在宅生活を継続するために必要な訪問看護・リハビリテーションについては、区分支給限度基準額の枠外とするなど対応策を検討すべきではないか。
  
- 24 時間巡回や複合型事業所の導入に際して、包括報酬を採用することにより、区分支給限度基準額を超えるケースについて一定程度対応できるのではないか。

(地域支援事業の拡充)

- 独居や高齢夫婦のみの世帯にとって、在宅生活を支えるには、介護や医療のみならず、様々な生活支援が必要である。民間企業、NPO、自治会など地域の社会資源は地域によって様々であることから、地域支援事業の3%上限を拡充するなどの方法によって、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取組みを促進する。

(介護予防事業の抜本的見直し)

- 介護保険法の理念からも、また、80歳を過ぎると約3割の高齢者が介護を要する状態になることを踏まえても、介護が必要になる時期をできるだけ遅くして可能な限り自立的な生活ができるようにするための介護予防（要介護度の改善、維持、悪化防止）の取組みは今後も重要である。
- しかしながら、現行の介護予防事業（特定高齢者施策）は、特定高齢者の把握に手間と費用を要し、うつや閉じこもりなど真のハイリスク者を把握できていないことから、現行の健診による把握方法に代えて日常生活圏域毎の高齢者ニーズ調査を実施してハイリスク者を確実に把握することとしてはどうか。また、現行の運動、栄養、口腔関係の事業に加えて、うつ、閉じこもり対策や高齢者のいきがいづくり、社会貢献の場の提供など高齢者に魅力ある多様なメニューを開発し、あるいは家族の介護技術習得や心身の負担軽減など家族を支援する事業についても、地域の実情に応じて提供できるように抜本的に再編・充実を図るべきではないか。

(家族支援・仕事との両立)

- 家族を介護しながら、働いている場合にあっては、家族介護と仕事との両立支援やレスパイト支援、相談事業が重要である。仕事との両立に資するような柔軟な時間設定による通所サービスや緊急ショートの整備を進めるとともに、企業においても介護にかかる基礎知識や技術習得の機会に関する情報提供をしたり、介護休暇や地域ボランティア活動による支援などの充実が重要である。今後、団塊の世代が高齢期に入り団塊ジュニア世代が親の介護に直面すると、企業経営の観点からも従業員の親の介護問題が深刻化することが考えられることから、国や自治体は企業や経営者団体と協力して、勤務時間の短縮や雇用形態の柔軟化等、企業の支援体制の充実の在り方を研究してはどうか。なお、病院や大学、自治体など企業以外の事業者においても同様の取組みが必要である。

## ii) 介護保険施設類型の再編

どの施設に入所するかによって医療や介護のサービスが規定されるのではなく、利用者の状態像に応じて必要なサービスが提供されるよう、施設の在り方を見直すことが適当であり、施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みとすべきであると考えられる。しかしながら、すでに80万人が入所する既存の施設をどう位置づけるか、既存の施設の建て替え時にどのような機能を付与するよう政策誘導すべきか、新規の建設についてはどう対応するか、というフェーズに分けて改革を徐々に進めることも必要である。まずは次期事業計画期間を目的として以下を実施してはどうか。

- ・ 地域内の在宅サービスの充実強化により、在宅生活を高齢者が選択することを可能にする。
- ・ 施設の類型によらず、実際に果たしている機能に着目して評価することを選択できる仕組みを導入する。
- ・ 利用者の尊厳の確保や自立支援の観点から個室ユニットを原則とすることを改めて基本方針として打ち出す。その上で、建て替え時に個室ユニット化・サテライト化を推進する。また、在宅サービスを展開する拠点となることを支援する。
- ・ 介護老人福祉施設としての特別養護老人ホームの設置主体の制約を見直し、医療法人にも介護老人福祉施設の設置を認める。
- ・ 介護療養病床の廃止を踏まえ、どの施設に入所していても必要な医療が受けられ、施設類型によって医療サービスが制限されることのないよう、利用者の医療ニーズに応じて外部からの確に医療サービスが提供されるようにする。

また、施設やグループホーム、高齢者住宅について防災体制を強化する。施設等の職員のみならず、地域住民も参加して防災訓練を行うなど地域連携を図ることが重要である。

## iii) 高齢者住宅

- 高齢者の終の棲家としてのニーズを施設、特に特別養護老人ホームが代替している現状にかんがみ、諸外国に比して整備が遅れている高齢者住宅の整備と上記 i) の在宅拠点整備を国土交通省と連携強化して計画的に整備する。その際、地方の空き家（高齢者の持ち家）や都会の賃貸アパートなど既存の資源を活用した整備を進める。
- なお、ここでいう高齢者住宅とは、高齢者が必要なサービスを外部から受けながら住み続けるための配慮がされたバリアフリーの住宅を指し、高齢者だけが集住したのではなく、現役世代も住める住宅が求められている。
- こうした高齢者住宅の整備を進めることは、重装備の施設から転換して、多様なサービスの組み合わせが可能になることに加え、利用権方式の施設に比べて賃貸借

契約による住宅は入居者の地位が安定している点にも大きな利点がある。

- さらに、現在施設に限定されている補足給付を公費による別制度として、対象をグループホームや一定の高齢者専用賃貸住宅にも拡大して居住費に関する所得保障の仕組みを再編拡充すべきではないか。ただし、補足給付に替わる公費による制度の財源確保の見込みなく補足給付を廃止するべきではない。また、仮に、現行の補足給付を維持する場合でも、資産要件などを導入してより公平な制度にすべきとの意見もあった。

#### iv) 認知症支援

- 効果的に認知症を有する者の支援を実現するには、早期の発見と治療が重要な意味をもつことから、より簡便に認知症を発見するための指標を開発するとともに、早期発見のメリットや病院受診の基準など、家族が的確に対応するためのガイドラインを作成して認知症の正しい理解の普及啓発を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」（原因疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール）を作成し、これを地域内の専門職が共有すべきではないか。
- 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症医療の中核となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療圏レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生活圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。
- 質的にも量的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関わるすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な医療が提供されるよう、一般病棟における医療職種への認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備も推進する。
- 現在、重度の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の治療病床ではない精神病床に長期間、入院せざるを得ない状況になっており、重度の認知症を有する者の適切な受け入れ施設の在り方について、早急に検討すべきである。
- BPSDを生じて入院した後、軽快して退院可能となったものの直接自宅に戻ることが難しい場合、小規模多機能サービス等を活用して、はじめは泊まり機能によって地域に受け入れ、徐々に訪問・通いサービスにシフトさせるなど、在宅生活に

円滑に移行するようなケアの成功例を収集して広く国民に情報提供していくことも重要である。

- 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれずに、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。
- 若年性の認知症を有する者への支援について、社会参加や就労支援の観点から、若年性認知症に適したデイサービスメニューを提供する事業所を評価すべきではないか。障害者施策との連携を図ることも必要である。
- 認知症を有する者の今後著しい増加が見込まれるなか、成年後見制度の後見人や社会福祉協議会の日常生活支援員等の対応者数の確保が困難になるという指摘がある。将来的に新たなマンパワーとして、市民後見人等の育成と自治体の登録管理体制から事業構築が必要ではないか。
- 認知症を有する者の居所選択権や、医療行為に関する同意権などについて、成年後見制度では後見人に付与されていない。本人の意思を付度する仕組みを検討することが必要である。
- 介護保険事業計画において、認知症を有する者の人数の把握、サポート体制の目標量（認知症サポーター、認知症サポート医など）についても盛り込むことを促進すべきではないか。
- 認知症や一人暮らしの高齢者が地域で継続して生活できるようにするため、
  - ・ 認知症や虐待ケースの早期発見・早期対応
  - ・ 退院後の24時間対応在宅医療・看護・介護
  - ・ 権利擁護である民法の成年後見制度や社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業
  - ・ 多様な生活支援を地域でシステム化できるよう、今後高齢者が急増する首都圏などで自治体、医療機関、介護関係事業者、流通関係などの民間事業者、地域の自治会やNPOなどの連携協議会のような場をモデル的に設置してはどうか。

### ③地域包括支援センターの機能強化

（包括的・継続的ケアマネジメント業務）

- 医療との連携など関係機関が広範囲にわたり、個々の介護支援専門員によるケアマネジメントでは効果的な支援が実現出来ないケースについては、介護サービス担当者、医療関係者、本人、家族、民生委員などを招集した地域ケア会議の開催等を

通じて、管轄の地域包括支援センターが総合的な支援を行うことの意義は大きい。このため、関係機関を招集して地域ケア会議を開催するなど、地域包括支援センターが包括的なケアマネジメントを行えるよう、地域包括支援センターの権限の明確化を図るべきである。

- 地域包括支援センターは、上記の地域ケア会議の開催等を通じて、介護支援専門員への自立支援型ケアマネジメントにかかるOJTを実施するなど、介護支援専門員への支援・指導をより積極的に行うべきである。また、地域包括支援センターに、介護支援専門員に対する評価機能も持たせるべきではないか。
- 「住民による学びのネットワーク」づくりについて、地域包括支援センターもその支援を行うべきである。
- なお、地域包括支援センターは、地域課題を把握し必要なサービスの導入に結びつける調整能力を発揮することも期待されることから、基幹的なセンターは市町村が直接運営することが望ましい。

#### (総合相談・支援)

- 高齢者が24時間安心して住める地域社会は子供や障害者を含めてすべての人が安心して住める地域であり、介護や医療のみならず、生活支援や権利擁護、障害施策、子育て支援などの幅広い施策を組み合わせ提供する視点が重要である。地域包括支援センターは、介護保険の財源が投入された介護保険法上の制度ではあるが、市町村によっては職員を加配して機能強化したり、介護のみならず障害や子育てを含めた総合窓口として職員の能力向上につなげているところも出てきており、こうした先進的な取組み事例を収集して市町村に情報提供してはどうか。
- 地域包括支援センターは地域にあった住民主体の活動を支援する拠点としても期待される。定年退職後の高齢者が介護を支える側として様々な活動に参画できるような情報提供、意識の醸成を図るべきである。

#### (介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務)

- 一方、上記に述べた地域包括支援センターの本来的機能を十分発揮できるよう、特定高齢者や要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべきである。

### (ITの活用)

- 地域包括支援センターが日常生活圏域で発生する様々な課題に適切に対応していくためには、圏域内の高齢者に関わる様々な情報を、地域包括支援センターが総合的に把握しておくことが必要である。このため、ITを活用して、圏域内の高齢者に関する情報を集積し、地域包括支援センターが活用できるような取組みを推進すべきである。また、地域包括支援センターと圏域内の各種機関との緊密な連携を実現するため、ITを活用した情報連携を推進すべきではないか。

### (市町村の評価)

- 地域包括支援センターがその機能を十分に発揮するため、責任主体である市町村(保険者)が運営方針を明確化すべきである。あわせて、市町村(保険者)の地域包括支援センターへの支援体制についての評価手法を開発するとともに、その結果を住民に情報公表すべきではないか。

### (地域包括支援センター機能の評価)

- 各地域包括支援センターが果たしている機能について客観的に評価するための総合相談・支援事業や包括的・継続的支援事業等の遂行に当たっての「連携尺度」など評価の具体的な手法を開発すべきではないか。

## (2) 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言

### ①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担の見直し

#### i) 介護福祉士制度について

- 2025年に向けては、医療・介護人材の役割分担の総合的な見直しが必要であるが、現状では、

- ・ 居宅における医療的ケアへのニーズに対応できていないことが、要介護高齢者が居宅で安心して生活する際の障壁になっていること
- ・ 特別養護老人ホーム等においては、入所者の重度化が進み、医療的ケアに対するニーズが高まっていること

等を勘案し、まずは、看護職員と連携しながら、要介護者に対する基礎的な医療的ケアについて、介護職が行えるようにしていくことを検討する必要がある。

- このため、まずは、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」における検討を踏まえて、看護職員と連携しながら、特別養護老人ホームにおいて介護職員が口腔内吸引等を実施できるようにする。
- さらに、例えば教育課程の充実など、介護についての国家資格を有する介護福祉士が要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施するとした場合の条件について

検討していくべきである<sup>17</sup>。

- ・ 介護福祉士が要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施するとした場合の教育課程の在り方については、
  - # 増大する医療的ケアのニーズに対応できるようにする
  - # 訪問介護員からのキャリアアップを行いやすくする等の観点を踏まえて検討することが必要である。
- ・ このため、「介護福祉士の教育課程の中で、医療に関する基礎的な教育も実施し、国家資格を取得した後は、要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施が可能となる」仕組みを構築していくべきである。
- ・ また、その場合には、実務経験ルートにおける教育の在り方や、既に介護福祉士の資格を取得している者の扱いについても検討していくべきである。

○ 介護職員については、人材確保の観点から、現場のニーズに応じながら、キャリア開発に資するような資格制度を構築すべきである。具体的には、介護福祉士による基礎的な医療的ケアの実施の検討のほか、「より専門性を有した介護福祉士」の創設や、看護職員と介護福祉士の有資格者がもう一方の資格をとりやすくすることなどを検討してはどうか。

○ あわせて、以下の取組みについても進める必要がある。

- ・ 介護福祉士による機能訓練等の実施を推進するとともに、認知症ケアの実施に当たっての介護福祉士の専門的知識及び技術の向上を図る。
- ・ 施設長・管理者といった組織の責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダー等、介護職員の指導等を行う各種リーダーの養成を図る。
- ・ 教育制度においても医療と介護の連携を推進するため、医療職（看護職員等）と介護職（介護福祉士等）が共同で教育・研修を受ける仕組みを設ける。
- ・ 介護福祉士の業務範囲の見直しとともに、看護職員については、例えば一定範囲内の薬剤選択・量の調節・処方の実施など、在宅医療をより積極的に提供できる方策を検討する。

## ii) 訪問介護員等の見直し

○ 訪問介護員等に関する研修については、今後、介護職員基礎研修（500時間）・

---

<sup>17</sup> 現行の法律では、医行為の実施は、医師・看護師・准看護師等の職種に限定して認められており、原則として、介護福祉士等の介護職は医行為を実施できない。

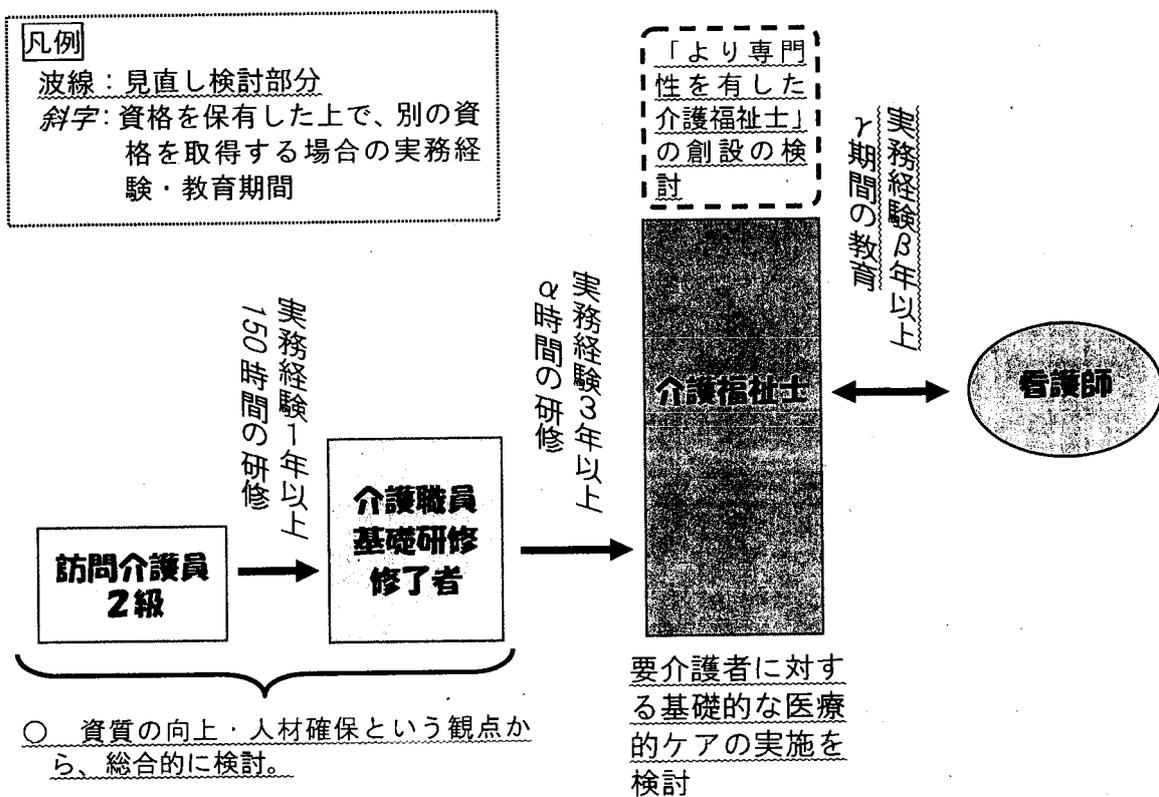
なお、「医行為」については、「当該行為を行うに当たり、医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」（平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長通知）と解釈されており、この解釈に従って、長年の議論を経て、個別の行為が医行為であるかが判断されている。

したがって、現在、医行為とされている行為を介護福祉士が実施できるようにしようとする場合、法律の見直しが必要になるものと考えられる。

訪問介護員2級課程(130時間)に集約される。介護福祉士制度の見直しの動向、訪問介護員等に今後期待すべき役割を勘案しながら、資質の向上・介護人材の確保という観点から、介護職員基礎研修や訪問介護員2級課程の在り方について、検討が必要である。

- 訪問介護の中で実施している生活援助については、地域支援事業を活用して、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取組みを推進することによって対応することが考えられる。これにより、人材の裾野の拡大も図れるのではないか。

【資格制度見直し後のイメージ(訪問介護員2級から入職する場合のイメージ)】



○ 資質の向上・人材確保という観点から、総合的に検討。

iii) ケアマネジメント・地域包括支援センターに関わる人材の資質向上<sup>18</sup>

- 介護支援専門員の資質の向上<sup>19</sup>を図るため、医療・リハビリテーションに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型のケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員に係る現行の試験・研修についての見直しを行うべきではないか。また、介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要ではないか。

<sup>18</sup> 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会では、サービスの提供に関わる人材を中心に検討を行っており、介護支援専門員等については、別途十分な議論・検討が必要である。

<sup>19</sup> 介護支援専門員1人当たりの利用者数は大幅に減少しており、現段階では、介護支援専門員は不足していないものと考えられる。

- 地域包括支援センターによるネットワーク構築機能や介護支援専門員支援機能の強化という観点から、地域包括支援センターの3職種（社会福祉士・主任介護支援専門員・保健師）に対する研修を充実すべきではないか。

#### iv) 行政職員の在り方

- 地域の中で最適なケアシステムを構築することについて、自治体職員が果たすべき役割が大きくなっており、地域住民の個性に応じたきめ細かなニーズの把握、計画策定、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力を向上させることが必要である。また、政策担当者の専門的知識及び技術の向上の観点から、人事の在り方の見直しも必要ではないか。

### ②事業者による雇用管理・組織経営等の改善

#### i) 労働法規の遵守の徹底

- 雇用管理の改善を図るため、事業者による労働法規の遵守を徹底すべきである。介護事業者の中には、望ましい雇用管理の在り方や遵守すべき労働法規の内容を十分に理解していない事業者・労働者が多いことから、介護事業者・介護労働者に対して、適切な雇用管理の在り方や労働法規の内容を周知すべきである。
- こうした取組みを進めた上で、労働法規に違反して罰則を受けている事業者については介護保険法の指定を行わない等の措置を講じることを検討してはどうか。なお、検討に当たっては、介護保険法やその他の社会保険各法における指定拒否関連の規定との整合性を踏まえることが必要である。

#### ii) 雇用管理の取組みの公表

介護事業者の希望に応じて、その介護事業者の雇用管理関連のデータ（例えば、離職率、賃金、勤務時間、人材育成の取組み、腰痛対策等の労働環境整備など）を公表することを検討すべきではないか。こうした取組みにより、介護業界での就業者や就業希望者が事業者ごとの雇用管理の取組みを知ることができるようになり、雇用管理の取組みが進んだ事業者への就職希望が高まるとともに、事業者同士が相互に雇用管理の取組みを知ることができるようになり、結果として、雇用管理の改善につながることを期待できる。なお、雇用管理関連情報の公表に当たっては、現行の介護サービス情報公表制度の仕組みを活用してはどうか。

#### iii) キャリアアップに資する取組みの推進

- 平成21年度第1次補正予算で実施されている「介護職員処遇改善交付金」につ

いては、介護職員への処遇改善計画の周知を求められるとともに、平成22年度以降の支給要件の1つとして、職務・能力・経験等と賃金が結びついたキャリアパスの設定が求められている。また、同じく平成21年度第1次補正予算で実施されている「現任介護職員の研修支援」については、現任介護職員が研修を受講する場合の代替雇用に係る費用が支弁され、介護職員のための研修機会の確保の支援と、介護職員のキャリアアップの促進につながることを期待される。

- これらの取組みは、平成23年度までの時限措置であるが、平成24年度以降も、その成果等を踏まえつつ、事業者によるキャリアアップの取組みを強化する施策や、介護業務を継続しながら教育・研修を受けられる施策を講じるべきである。
- また、キャリアアップの仕組みの構築によって、職員の定着・能力開発が図られ、サービスの質が向上し、利用者からも高い評価を受けるといような、キャリアアップの好事例の普及を図るべきである。

#### iv) 組織経営の安定化・効率化の推進

- 介護人材の確保・定着促進を図るためには、介護事業者内での教育の充実や、介護事業者における適正な雇用管理の実施を図っていくことが重要であるが、そのためには、介護事業者の規模の拡大、他の介護サービスや他業種との組合せによる事業実施の推進等を通じて、介護事業者による組織経営の安定化・効率化を図ることが必要である<sup>20</sup>。
- そのため、以下のような施策を検討すべきである。
  - ・ 組織経営の安定化・効率化の推進という目標を勘案しつつ、指定基準を設定する。また、介護報酬についても、必要な工夫を行う。
  - ・ 複数のサービスをパッケージ化して提供する複合型事業所を創設する。これにより、規模の拡大に基づく組織経営の安定化・効率化が図られ、処遇改善や人材育成の取組みの充実が期待される。

#### v) 事業者による人材の発掘の推進

- 介護事業者による専門職・専門職以外の者の発掘を推進すべきではないか。

### ③介護労働市場全体の労働環境整備

#### i) 介護労働市場への参入支援

- 平成21年度第1次補正予算で実施されている「緊急人材育成就職支援基金事

<sup>20</sup> 組織経営の安定化・効率化の観点からは、一定の事業者規模を有することが重要であり、事業所規模は小さくても構わないと考えられる。

業」では、介護分野等について、非正規離職者、長期失業者などに対する職業訓練が拡充されている。また、緊急雇用対策（2009年10月）においては、施設等で働きながら介護福祉士や訪問介護員2級の資格を取得することを支援する『「働きながら資格をとる」介護雇用プログラム』（給与・研修費用の相当額を事業主に支給）が創設された。

- これらは、平成22年度又は平成23年度までの時限措置であるが、期限以降も、これらの取組みの成果等を踏まえつつ、介護労働市場への参入を支援する施策を講じるべきである。

## ii) 定着へのインセンティブの付与

- 介護労働への定着に対するインセンティブを付与するため、人材の能力向上につながり、キャリア開発に資するような教育・研修体系の整備が必要である。そのためには、現場の経験（好事例・課題・ニーズ等）を吸い上げて研修素材やカリキュラムを作成していく仕組みとすべきではないか。
- 併せて、転職・復職等を行う場合でも従前の経験を活用できるよう、介護職員のキャリアを登録し、そのキャリアを各種事業者に対して証明できる仕組みを導入してはどうか。
- さらに、定着へのインセンティブ付与のための施策の実施に当たっては、人材を巡る状況が地域ごとに大きく異なっていること、人材育成が地域のサービス提供体制構築に大きな影響を与えていること等を勘案し、国が果たすべき役割の整理とともに、都道府県・市町村が協力して、こうした施策を実施できる仕組みの構築を検討すべきである。なお、国の役割としては、都道府県や市町村においてリーダーとなり得る者に対する研修の実施等が考えられる。
- 平成21年度第1次補正予算で実施している「現任介護職員等の研修支援」及び「介護職員処遇改善交付金」については、平成23年度までの時限措置であり、その後の対応を検討する必要がある。

## iii) 労働環境の整備

- 女性労働者が多いという介護労働市場の特性に鑑み、育児休業・介護休業等の取得、妊娠期間中の配慮、育児休業後の職場復帰支援、事業所内保育の実施、短時間勤務・短時間正社員制度の活用、ワークシェアリングの実施等の推進を図っていくべきである。

- 労働環境の整備という観点から、夜勤の業務負担に着目した雇用管理、福祉用具の積極的活用などの肉体的負担軽減、腰痛防止対策等の推進を図るべきである。また、介護人材の負担軽減という観点から、ITの積極的な活用等を図るべきではないか。
- 介護職員に対して、限られた時間や範囲だけで働くのではなく、より積極的に働きたいという意欲を高めるような職場作りの検討や事例の普及などを図るべきである。

#### iv) サービスの質の評価

- 平成21年度の介護報酬改定において、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価（「サービス提供体制強化加算」等）が行われた。
- その改定にあたり、社会保障審議会介護給付費分科会において、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進することとされ、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされた。
- 介護サービスの質の評価については、介護従事者の専門性のみならず、介護の多面性に配慮した評価を目指すことが必要である。併せて、各事業者による、従業員がやりがいを感じる取組みなどについても、介護サービスの質の一側面として捉え、評価を行うことを検討すべきである。
- また、以下の観点も踏まえた上で、サービスの質の評価を行うべきではないか。
  - ・ サービスの質の評価に当たっては、介護保険の理念→事業所が達成すべき具体的な目標→目標を達成するためのサービス等というように、理念や目標と関連づけながら、評価を行っていくことが必要ではないか。
  - ・ 現行の「構造（ストラクチャー）」ベースの指標の整理を図るべきではないか。
  - ・ 「良質なサービス」の定義付けが必要ではないか。自立支援型のサービスを評価することとしてはどうか。
  - ・ サービスの評価とともに、ケアプラン（ケアマネジメント）の評価を行うべきではないか。
  - ・ サービスの質の評価のためには、「構造（ストラクチャー）」、「経過（プロセス）」、「成果（アウトカム）」をバランス良く評価することが必要ではないか。
  - ・ 要介護高齢者の経年的な変化をたどると、維持群・悪化群・改善群が存在することが明らかになった。この3群について実施されてきたサービスの評価を適切に行うことを通じて、「構造（ストラクチャー）」、「経過（プロセス）」、「成果（アウトカム）」の3指標の作成を検討すべきではないか。

### (3) 持続可能な介護保険制度とするために

平成 12 年に国民の共同連帯の仕組みである介護保険制度が創設されて以来、10 年が経過した。この間、介護保険の給付は倍以上に増加し、民間や NPO など多様な事業者が参入する市場に成長した。今後 10 年から 15 年間で日本はこれまで世界が経験したことのない超高齢社会を迎える。要介護リスクの高い 75 歳以上人口が倍増し医療・介護ニーズが爆発的に増加する中で、現状のサービス水準を維持した場合でも、保険料は現在の 2 倍近くに引き上げを要するものと予測される。サービスの充実は重要であるが、財源も同時に確保しなければならない。2025 年に介護保険制度が持続可能であるための給付と負担のあり方、財源としての公費、保険料、利用料の配分のあり方を提示しなければ現役世代を含めた国民の合意は得られないだろう。また、保険の原則として給付の充実には負担増が当然に伴うことを我々国民が理解するとともに、保険で給付されるサービスは「負担する価値のあるサービス」、「尊厳を確保するためのサービス」であるべきとの認識を共有すべきではないか。

本研究会では、サービス提供体制及び人材確保の観点のみならず、制度の持続可能性確保の観点からも以下のとおり検討を行った。財源構成の見直しや被保険者範囲、負担と給付の在り方については、今後、広く国民的な議論を行うことが必要であり、国民各層の合意が得られるよう期待するものである。

#### ①財源構成の見直し

- 国民の共同連帯の制度である介護保険制度については、原則として公費割合は現状維持とすべきであり、公費割合の増大は介護保険が景気等の変動による予算制約を受けやすくなることも意味することから、安易に公費割合の引上げを議論すべきではないとの意見が出された。
- 仮に公費負担を拡充する際は、まずは低所得者への保険料や利用者負担の軽減対策分として投入すべきではないかとの意見があった。
- 一方、介護保険は医療保険と異なり、8 割の高齢者がサービスを利用しない中で保険料を負担してもらうため、許容される保険料水準には限界がある。したがって現在の保険料と公費 1 対 1 の財源構成を見直し、公費割合の引上げを検討すべきとの意見があった。

#### ②被保険者範囲

- 普遍的で持続可能な介護保険制度の確立に向けて、被保険者範囲について、特定疾病の見直しと合わせて年齢引き下げを検討すべきではないかとの意見も出された。一方年齢引き下げを実現するためには、若い世代が高齢期になった場合でも介護保険制度が持続可能であることを示さなければ若い世代の理解は得られないとの意見もあったところであり、国民的な合意を得ていく必要がある。

### ③保険料及び利用者負担

- 介護保険料は公費を投入して低所得者の保険料を軽減している医療保険と比して低所得者の負担が重くなる傾向があり、高齢者が所得等に応じて無理なく負担できる保険料設定とすべきではないかとの意見があった。
- 利用者負担についても、所得段階別の負担を導入すべきとの意見があった一方で、社会保険の理念から応能負担の導入には反対との意見もあった。
- また、保険料や利用者負担、補足給付などの低所得者への配慮は保険制度ではなく「公助」として行われるべきであり、低所得者の定義もフロー所得、ストック、持ち家と借家などの観点から再定義する必要があるとの意見もあった。資産などの把握に努め、より公平な制度の実現を目指すべきではないか。

### ④調整交付金

- 保険財政に好影響を及ぼす、例えば、保険者の介護予防の取組みを客観的に評価して調整交付金に反映させる仕組みを検討すべきではないか。

### ⑤保険給付の重点化

- 2025年には要介護リスクの高い75歳以上人口が倍増することで、第一号被保険者に占める認定者の割合も急増するため、現行の給付水準を維持した場合でも保険料が約2倍になることが想定される。保険給付の対象について優先順位を考えることが不可避であるとの考えから、要支援1・2または要介護1程度の軽度者については保険給付の対象外とすべきとの意見や、少なくとも保険給付はリハビリテーションサービス等の予防的なサービスや認知症を有する者へのサービスに限定し、軽度者の家事援助については地域支援事業として見守りや配食などの生活支援サービスと一体的に再編すべきとの意見があった。あるいは、仮に軽度者の現行の保険給付を維持する場合にも利用者負担割合(1割)を引き上げること検討すべきとの意見もあった。
- 一方、今後急増する独居高齢者、高齢夫婦世帯や認知症を有する者については、生活支援サービスが在宅生活の継続に不可欠なものであり、特に今後都市部では自治会などの互助機能が脆弱化することもあり、保険給付から外すべきではないとの意見もあった。また、給付の重点化は、介護保険サービスの受給者割合をさらに低下させることになり、高齢者の保険料負担への意欲に影響を与えかねないことにも留意すべきとの意見もあった。

#### (4) 終わりに

本研究会は、平成 20 年度地域包括ケア研究会報告書における論点整理を踏まえ、地域包括ケアシステムを実現するための改革の方向性を提言すべく、検討を進めてきた。地域包括ケアシステムを実現するためには、来る平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定を含め、介護保険関連制度全体の見直しに着手することが必要である。その際には本報告書の提言内容が活用されるよう要望する。また、地域包括ケアシステムの実現のためには、制度見直しや報酬改定のみならず、国民、地域、行政（国・自治体）、医療・介護事業者、企業、大学・研究機関等あらゆる関係機関が主体的に学習、参加し、連携していくネットワークの構築が重要であり、今後、国レベル及び自治体レベルで産官学のネットワークが促進されることを期待したい。

# 「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」

## (結果概要について)

平成22年5月15日  
厚生労働省老健局

### 1. 回答者の概要

①総数4465件（うち男性1352人、女性2988人）

②年齢

40歳未満	40～64歳	65～74歳	75歳以上
1136件 (25.4%)	2542件 (56.9%)	494件 (11.1%)	240件 (5.4%)

※年齢不詳が53件（1.2%）

③サービス利用の有無

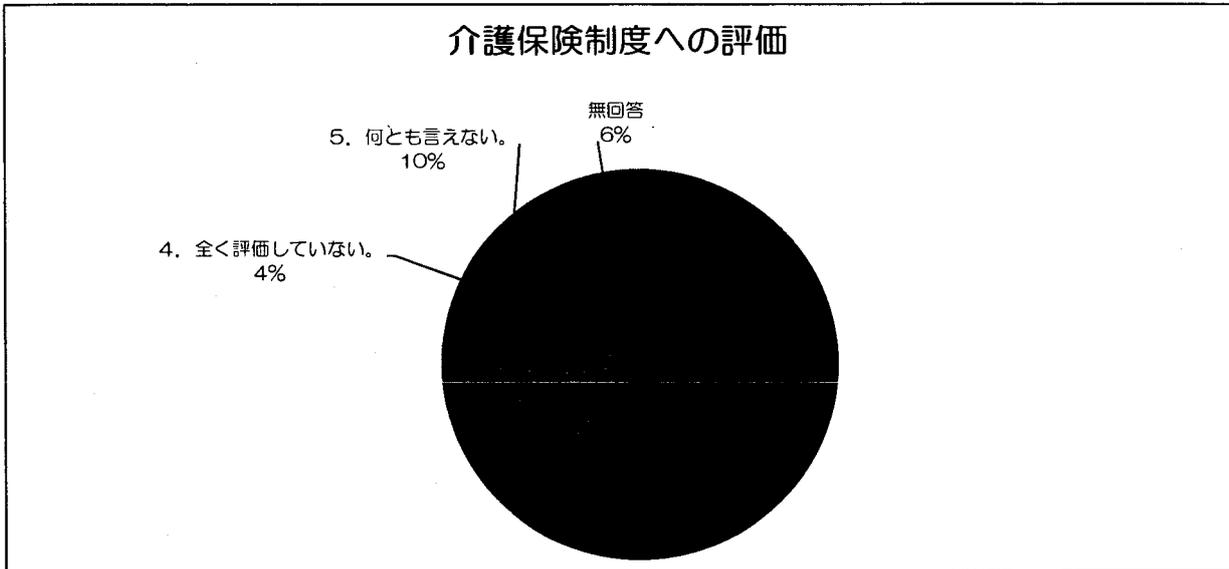
・利用者本人：270人（6.0%）、利用者の家族：1440人（32.3%）

④その他の属性

・介護従事者・事業者：1853人（41.5%）、地方自治体職員：208人（4.7%）

## 2. 介護保険制度への評価

- 約6割が介護保険制度を評価している（大いに評価14%、多少は評価47%）
- 一方、評価していない人が約2割（あまり評価していない19%、全く評価していない4%）



## 3. 介護保険の効果

### 【家族の負担について】

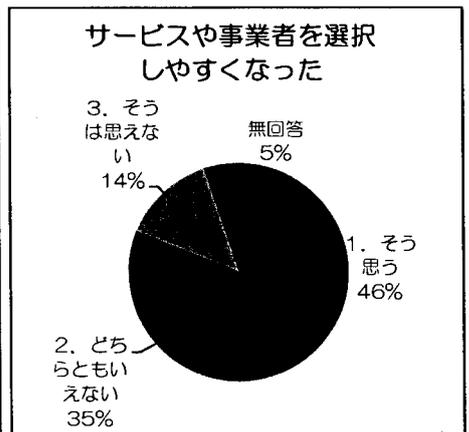
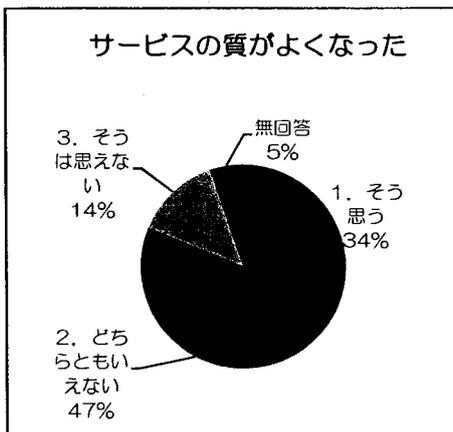
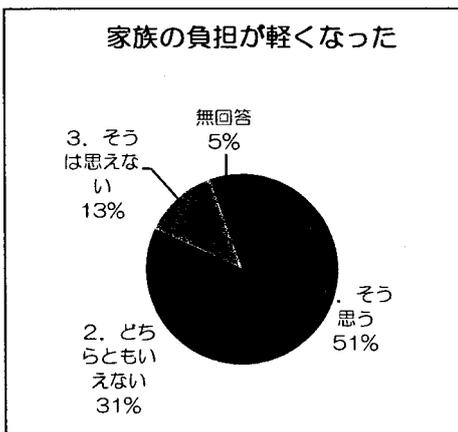
- 約5割が家族の負担が軽くなったと実感。
- 一方、約2割は家族の負担が軽くなったとは思っていない。

### 【サービスの質について】

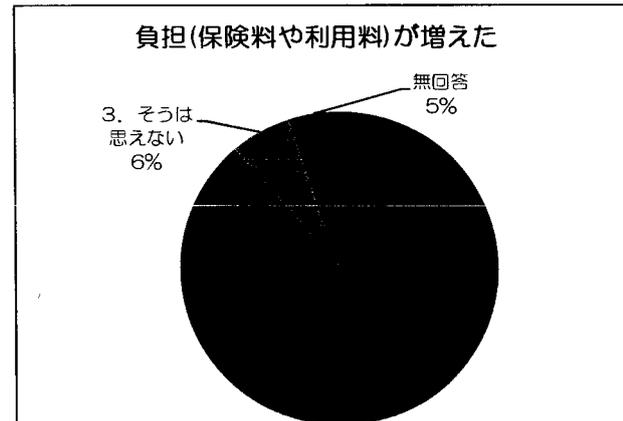
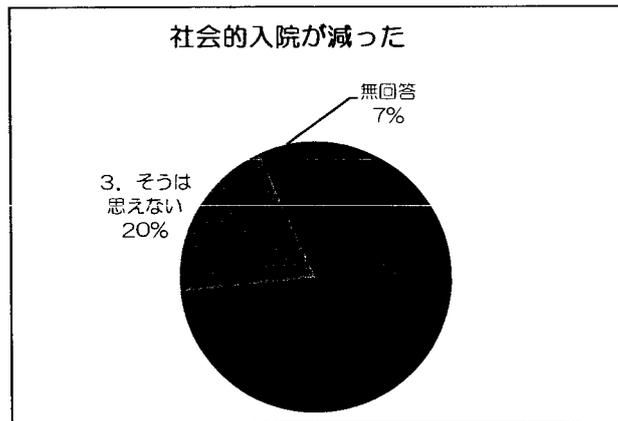
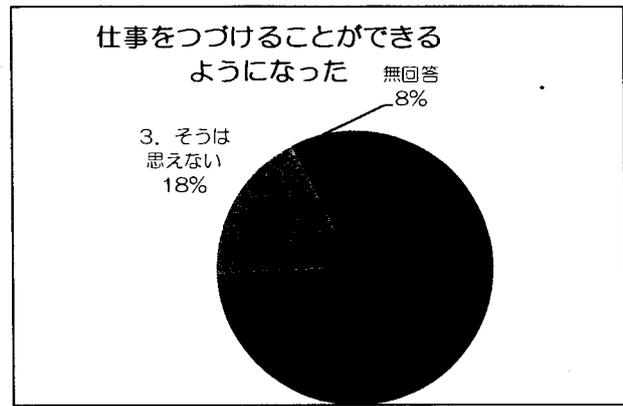
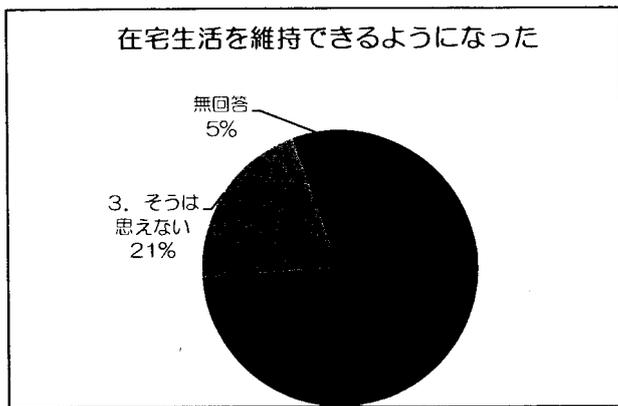
- 約3割がサービスの質がよくなったと実感。
- 一方、約1割はサービスの質がよくなったとは思っていない。

### 【サービスや事業者の選択について】

- 約5割がサービスや事業者を選択しやすくなったと実感。
- 一方、約1割はサービスや事業者を選択しやすくなったとは思っていない。



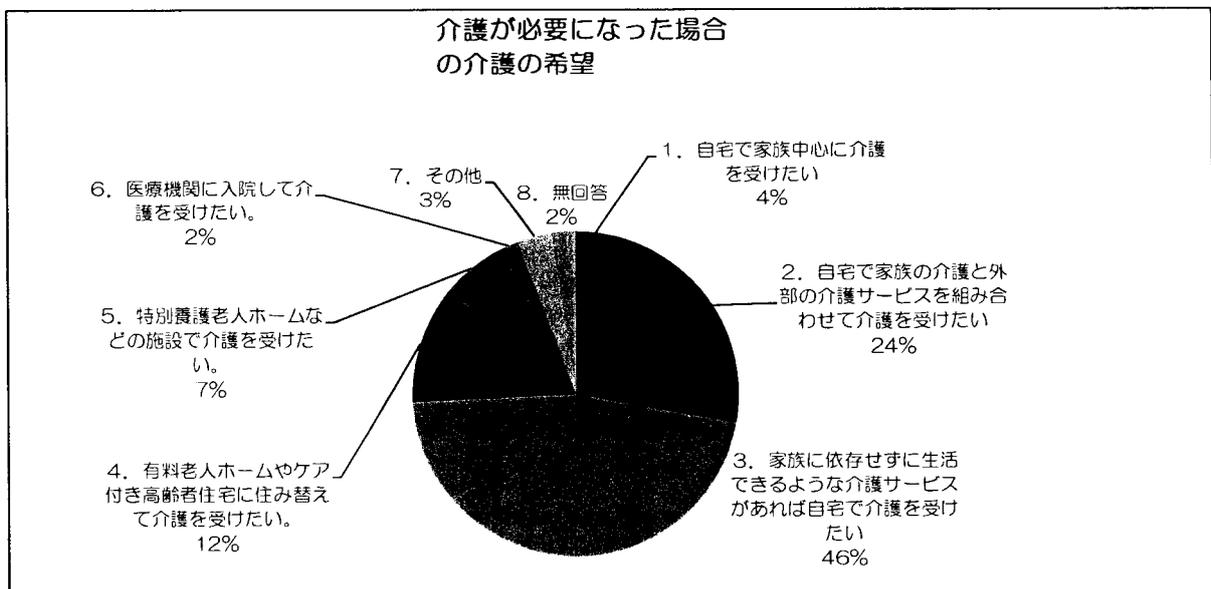
### 3. 介護保険の効果（その他）



### 4. 介護の希望

【自分が介護が必要になった場合】

○最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。

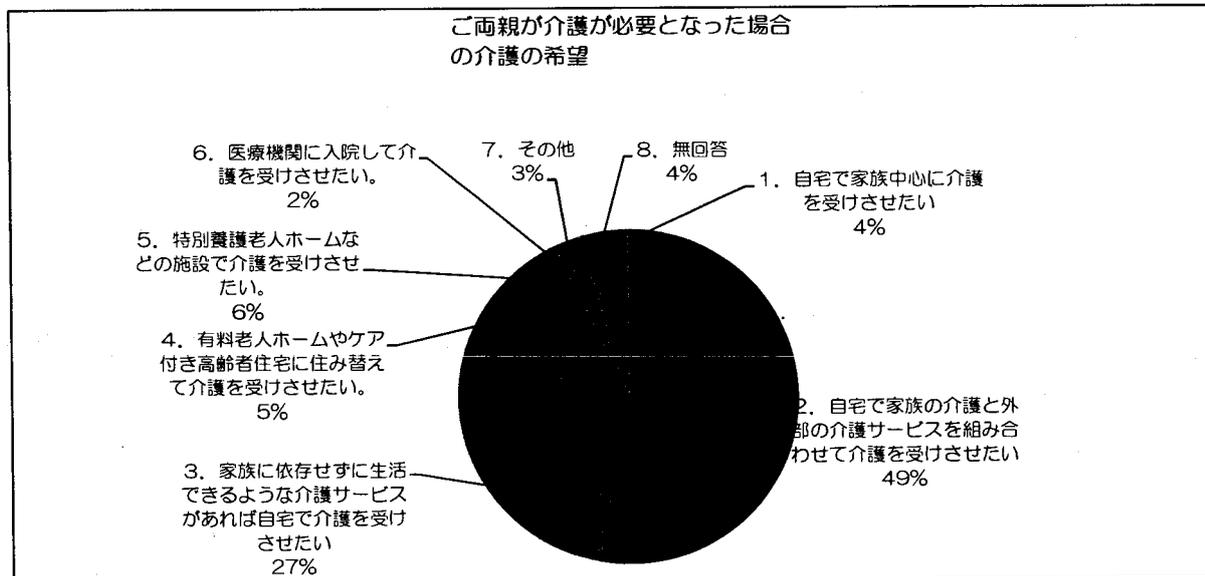


## 4. 介護の希望

【両親が介護が必要になった場合】

○最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で27%となっており、前記自分の場合と1位と2位が逆転している。

○いずれの場合も、在宅希望が上位を占めており、施設や医療機関への入院・入所希望は1割弱にとどまった。



## 5. 介護保険制度へのご意見・ご要望

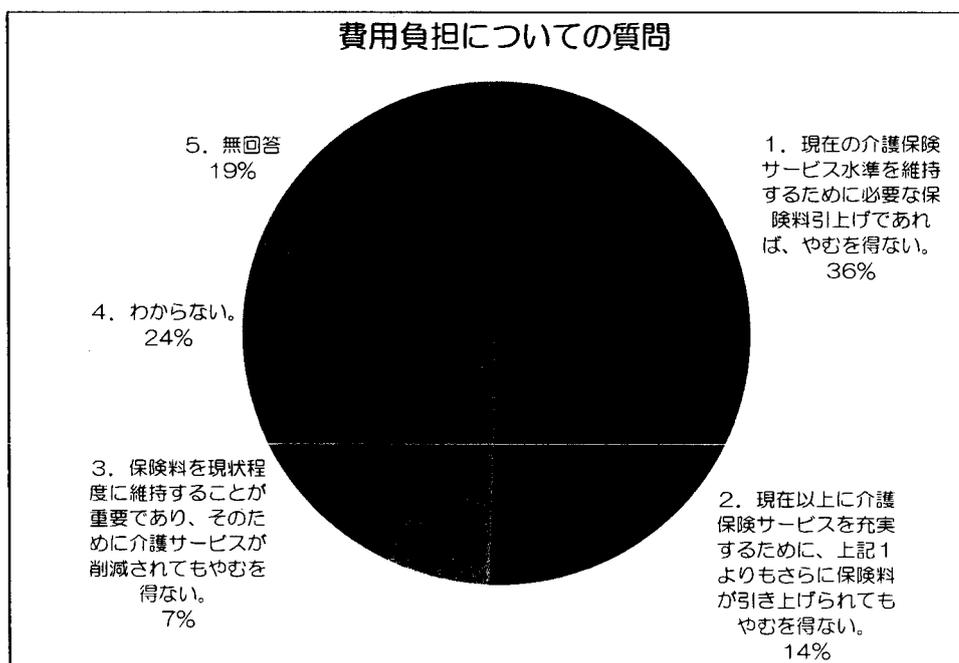
○多かったのは「介護人材の確保のため、賃金アップなど処遇改善を図るべき」、「施設待機解消のための施設整備を促進してほしい」、「認知症対応のサービスを充実してほしい」、「夜間を含めた24時間対応の在宅サービスを充実してほしい」などであった。

単位：件（複数選択可）

介護人材の確保のため、賃金アップなど処遇改善を図るべき。	3167
施設待機解消のための施設整備を促進してほしい。	2332
認知症対応のサービスを充実してほしい。	2282
夜間を含めた24時間対応の在宅サービスを充実してほしい。	2067
保険料や利用料（1割）の軽減措置をさらに充実してほしい。	1964
介護従事者であっても、たんの吸引など基礎的な医療的なケアを実施できるようにしてほしい。	1767
要介護認定など利用者の手続きの簡素化を進めてほしい。	1762
医療や介護サービス利用者にかかる統一的な相談窓口の設置、相談体制を強化してほしい。	1687
介護報酬請求など事業者の手続きの簡素化を進めてほしい。	1465
バリアフリー住宅の整備や住宅改修を推進してほしい。	1040
運動器の機能向上や栄養改善などの介護予防のサービスを充実してほしい。	946
現在介護保険の被保険者となっていない40歳未満の若年層も加入するようにして保険料を払ってもらわうべき。	885
今後の保険料負担増をできるだけ抑えるためにも、軽度の方は保険ではなく自費でサービスを利用すべき。	540
今後の保険料負担増をできるだけ抑えるためにも、利用料の自己負担割合を引き上げるべき。	452

## 6. 費用負担について

○最も多かったのは「現在の介護保険サービス水準を維持するために必要な保険料引き上げであれば、やむを得ない」で36%、2位は「現在以上に介護保険サービスを充実するために、さらに保険料が引き上げられてもやむを得ない」で14%、「保険料を現状程度に維持することが重要であり、そのために介護サービスが削減されてもやむを得ない」は7%。



## 7. 各サービスに対する意見など (主な意見を抜粋したもので全ての意見を網羅したものではない)

### 【訪問介護】

- ・ 利用者宅でのヘルパーの活動時間が減ってきている。
- ・ 介護保険は在宅重視なのに、同居家族の問題、院内介助の問題等規制が多く、利用しにくい。また、自費が発生する。時間規制その他細かな制約があり、本当に必要な援助を行い難い現状がある。
- ・ 事業所・従事者による質の格差が大きい。ヘルパーの質の向上が必要。研修を重ね、どのヘルパーも同等の力量を発揮できるようにすべき。
- ・ 訪問介護の報酬が低すぎる。人材確保できず、人材不足になっており、現場の労働強化にもつながっている。ヘルパーの労働条件（身分・地位、賃金等）の改善が必要。
- ・ 同居家族、散歩、院内介助等、保険者によって解釈・対応が異なる。
- ・ 夜間の事業所、24時間介護を提供できる事業所が増えてほしい。
- ・ 経管栄養の注入、痰の吸引等、家族が出来るようにしてほしい。

### 【訪問看護】

- ・ 事業所（看護師）が少なく、なかなか利用できない。増やしてほしい。24時間対応してくれる事業所が増えるとよい。
- ・ 介護保険と医療保険があるので利用者にはわかりづらい。医療に位置づけるべき。
- ・ 土・日・祝休みの事業所が多く使いにくい。日・祭日に緊急で来てくれる所が少ない。
- ・ 利用料が高すぎる。値段を下げて使いやすくし、増やして欲しい。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【デイサービス】

- ・ 早朝・延長通所を推進してほしい。介護者の勤務時間に合わせて利用時間が延長できればよい。
- ・ 病気や医療処置が必要な在宅療養者の受け入れる通所介護サービス事業所の開設を推進してほしい。
- ・ 通所リハビリテーションとの機能の違いを明確化してほしい。
- ・ 子供のお遊戯みたいなことばかりさせている。
- ・ 通所介護にショートステイ事業を組み合わせることの可能性を検討してはどうか？
- ・ 食費の負担を軽くしてほしい。

### 【ショートステイ】

- ・ 全く不足している。空きが少なく、利用出来ない。緊急で利用できる所がない。
- ・ ショートステイ利用中にデイサービスと同等のプログラムがほしい。
- ・ 胃瘻や酸素吸入等、医療行為の必要な方をショートステイで受けられるように。
- ・ 土日祝日対応をしてほしい。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【グループホーム】

- ・ 使用料が高く利用出来ない。食費や宿泊料の負担軽減が望まれる。低所得者への配慮の措置が必要。
- ・ 夜勤の1人勤務には不安がある。火災対策を万全にし、夜間人員の増加の必要。
- ・ もっと増やしてほしい。
- ・ 職員の質の向上・待遇改善が必要。
- ・ 隣接した市町村の住民の利用も可能にして欲しい。
- ・ 看護スタッフが不在で、ターミナル受け入れは不安が多い。

### 【小規模多機能型居宅介護】

- ・ 他のサービスと比べて浸透していない。
- ・ 担当ケアマネが変わるので放したげられない（ケアマネが利用を進めない）。
- ・ 一つの施設で全てのサービスを受けなければならず、利用者にとっては使いづらい。
- ・ 利用者が自由に選択できる程度に数を増やして欲しい。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【特別養護老人ホーム】

- ・ 増やしてほしい。施設が少ない。入所したい時に入所出来ない。待機日数が長すぎる。
- ・ 在宅サービスを拡充して、施設のベッドを複数人で利用できるような仕組みが必要。
- ・ 食費や宿泊料の負担軽減、廃止が望まれる。
- ・ ユニット型に入所できない高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 質の強化と同時並行で職員の待遇改善が必要。
- ・ 多床化を認めるのは将来に禍根を残す。狭くても個室化を堅持すべき。新型特養の検証をすべき。検証がないままに従来型解禁に舵を切るのは、現場に対して不誠実。
- ・ 入所料金、待機者増などから個室建設から大部屋建設も認めるべき。
- ・ 入所者は年金受給するとともに、介護保険から保険給付が出る。二重給付をやめるべき。
- ・ 市街地にあると良い。医療法人や民間企業にも参入を認めてはどうか。
- ・ 今後、重篤な老人の入所が多くなっていくことに対して、一定基準の元で医療的対応の範囲を広げてほしい。人工透析患者等日常的医療必要者への対応可能な体制（加算等）の確保。
- ・ 重度介護者の割合が高く医療系の依存率も高いにも関わらず、社会福祉法人等の単体運営となっているので、訪問看護や訪問リハをアウトソーシングで取り入れられるように制度改正が必要。
- ・ 配置人員をもっと多く設定すべき。夜勤人員は少なすぎる。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【老人保健施設】

- ・ 在宅への中間施設ではなくなっている。老人ホームとどこが違うのか？。在宅へ戻ることを前提の施設であることを厳守すべき。
- ・ 在宅に帰るつなぎではなく、入所までのつなぎ施設になっている。第2特養化している。第2特養化している現状では、特養と統合すべき。
- ・ 利用料の負担が重く利用できない人が多い。当面、食費や宿泊料の負担軽減が望まれる。
- ・ とても足りない。増設して欲しい。
- ・ リハビリスタッフの配置基準が低すぎる。
- ・ 医療費の保険適応（薬も含む）。入所者の医療費が限定されている為、施設側も入所者も制限される。必要な治療・医療費は丸めでなく、医療費はきちんと保障されるべき。
- ・ 3ヶ月で退所しろと言われる。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【居宅介護支援事業・ケアマネジャー】

- ・ 利益増ばかり考え、本来の自立をめざすプランを立てていない。ケアマネはサービス提供事業所から離して独立で行うべき。
- ・ ケアマネの質により、受けられるサービス等が違って来るように思える。ケアマネの資質の格差が大きい。ケアマネの質向上。
- ・ 事務業務が多すぎる。書類で忙殺される状態を解消すべき。
- ・ 仕事のわりに報われない。報酬が少ない。
- ・ サービス事業とケアマネ事業を持っている会社は必ず偏りが出てしまう。
- ・ 改定や介護報酬見直しの度にサービスを抑制する仕組みになっていくことで、介護保険制度の要であるケアマネジメンが利用者本位になっていない。ケアマネのストレスを招いている。
- ・ 介護予防は廃止すべきと思う。介護予防ケアマネジメントは必要ない。
- ・ 介護認定の調査員が大幅に不足しているため、認定に2ヶ月を要することはざらになっていて、認められる給付額が不明なために利用を抑制せざるを得ない（超過分は全額自己負担になることを恐れて）ケースが増えている。
- ・ 中立を強いるが、それを担保する報酬になっていない。
- ・ 無意味な書類作成ばかり指摘される。プランにつながらない動きが多い。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【その他全般】

- ・ 自分が暮らしたい場所で家族に依存しないで生活できるような在宅サービスを拡充してほしい。ショートステイが足りない。小規模多機能サービスも有効。
- ・ 介護の従事する人が安心して働き続けることができるように、給与など処遇を改善してほしい。
- ・ 保険料は現状でも大変。これ以上上げないでほしい。保険料を上げず、サービスを充実させる為、毎年削られている社会保障予算を引き上げて欲しい。
- ・ 応能負担でサービスを受ける、サービスの水準は上げる。
- ・ 介護保険財源の公費の割合を増加すべきである。特に国の負担分を増やすべきだ。
- ・ 介護保険サービスの費用負担は消費税で充当する。
- ・ 消費税を財源にすることは反対。
- ・ 所得の高い人の負担を上げるべき
- ・ 若年層からの保険料徴収を検討するべき。
- ・ 医療ケアを必要とする人や要介護度の重い人の受け皿を増やすべき。医師、看護師、介護職員の役割分担を見直す。
- ・ 何かサービスを利用する度に何枚も契約書等を書かされる。契約手続き等をもっと簡素化して欲しい。サービスの回数を少し増やすだけでもその都度、会議をしたり書類にサインをさせられる。

## 7. 各サービスに対する意見など

### 【その他全般】

- ・ 制度の複雑化、コロコロかわる。
- ・ いざ使用したいと思うと認定などに手間がかかったりする。利用手続きの簡素化は早急に必要。必要な時にすぐ利用できない（要支援と要介護のケアマネが違う為）のも問題。
- ・ 情報公表制度は再考すべきではないか。まず、利用者家族は見ていない。施設側も形式的点検・確認によしとしていない。調査者も一切コメントできないような制度は無用のもののように思う。
- ・ 介護報酬全体が低い設定であり、報酬を引き上げる事がサービスの質向上と安定的・継続的サービス提供体制を確保できる前提であると考える。
- ・ 介護保険は保険制度であり、弱者救済（憲法が保障する最低で健康な生活を送れるように国が施策を行うこと）を混ぜて議論すべきではない。保険制度として持続できるよう設計した上で、保険制度とは切り離して国の施策として弱者救済を行うべき。
- ・ 介護職の健康問題を理解してほしい。労働法規の順守を求める。休憩時間の指導もすべき。派遣など立場の弱い人は言うに言えない。介護職で妊娠した人への保護を徹底してほしい。早産、流産等の実態は把握しているのか？。
- ・ 全般的に使いにくい。介護保険証を持っていても希望通りにそして直ぐに使えない。ヘルパーの使い方や医療行為など「あれはダメこれはダメ、役場の許可が必要とか」。保険証があれば、保険の範囲内なら自由に使ってもよいのではないか。
- ・ 認定区分は細かくせず三段階（例えば、軽度、中度、重度）ぐらいにすれば作業も効率的となる。

## 長妻大臣と語る「みんなの介護保険！」意見交換会について

○ 介護保険制度発足10年目を迎え、今後の介護保険制度の見直しに向けて幅広く国民のご意見を聴取することが必要である。

○ 標記については、平成22年5月15日(土)に開催し、介護保険のご利用者及び利用者のご家族を発言者に迎え、一般参加者として介護職員、介護保険事業者、自治体職員、学生等の方々に参加いただき、「利用者・家族の立場から、現行サービスの課題・改善点の提起」をテーマに6つのグループで活発な意見交換が行われた。

※ 参加者数 68名

○ 長妻大臣及び山井大臣政務官も各グループを回り議論に参加し、その後、各グループから選出された代表者の発表による提言が行われ、長妻厚生労働大臣及び山井大臣政務官がその提言をお聞きしたところ。

○ 各グループの議論及び提言の内容は別添のとおり。

### 【グループ A の議論】

○職員配置基準の改善

○職員給与の改善

○施設整備の充実

○人材の確保

→施設整備と在宅サービスのバランス。多様な選択。

### 【グループ A の提言】

○施設整備は長期的視点で。質の向上も重視すべき。また、地域を育てる中心になり、最期まで暮らせるものに。

○小規模多機能、デイ（宿泊あり）など在宅サービスの充実により力を入れるべき。

→民家活用のための規制緩和

→空き施設の活用

→質の向上も重要

○施設・在宅サービスともに人材育成のための研修の充実を図るべき。

○（IT の活用を含め）利用者・家族の声をしっかり聞くべき。

多様な選択ができるようにする。

### 【グループBの議論】

- 介護保険制度に大変感謝
- リハビリの充実
- 施設の充実
- 一人暮らし高齢者対策の充実
- 介護職員の賃金改善

### 【グループBの提言】グループホームなどの質・量の確保

- 施設サービスの質（介護職員のスキルアップなど）に裏付けられた量の整備が必要
- 施設入所（申込み）者のサービス必要度を指標化し、その優先順位を明確化することが必要
- 施設整備のみならず、在宅サービスも併せて充実させることが必要
- 要介護状態にならないよう、介護予防の取組みを充実させることが必要（本人の自発的な取組みも含む）
- 施設整備には費用負担（税、保険料など）が伴うことについて、被保険者や家族への理解促進が必要

### 【グループCの議論】

- 介護従事者の質の向上
- 介護の努力に見合った評価
- 介護業者への補助の充実（スプリンクラーの補助など）
- グループホームなどの質・量の確保
- 居住系サービス利用支援

### 【グループCの提言】 グループホームなどの質・量の確保

- 人材育成の仕組みの工夫
  - 研修のあり方（IT活用、成果のフォロー、）
- 介護報酬の見直し
  - 正しい評価
  - 算定ルールの見直し
- 財源の確保
  - 福祉税の導入

## 【グループDの議論】

- 家族の負担の軽減
- 給付の制限を緩和すべき
- 介護職員と利用者で協力
- 介護職員の待遇改善

## 【グループDの提言】 家族の負担の軽減について

- 給付できる部分とできない部分を明確にすること
- 給付で対応できないところは地域で支えあうこと
  - 町会など
- 家族の協力と負担軽減の両立が必要
  - ショートステイなど

### 【グループEの議論】

- 働き続けられるための支援
- ボランティア・趣味への支援
- 要介護認定
- 介護保険料
- 高齢者の住まい
- 在宅サービスの充実

### 【グループEの提言】社会参加への支援（注）

- 社会参加を推進するために、地域や職場での理解を深め、社会全体で支えるべき。
- 介護保険の中に、社会参加への支援をとり入れるべき。
- 国が率先して就労支援サービス、企業への援助、外出支援などの充実を図るべき。

（注）「働き続けられるための支援」と「ボランティア・趣味への支援」をまとめて「社会参加への支援」とした。

### 【グループFの議論】

- 利用者の負担が大きい
- 介護予防サービスのメニューの充実
- 介護保険の財源の確保

### 【グループFの提言】

- 国、基礎自治体の機能の強化
  - 効果を検証すべき
  - 事業所、従事者への支援の充実
- 地域の取組の強化
  - 地域で介護予防に取り組めるようにする
  - 男性が参加できる場が必要

# 産業構造ビジョン概要 (全体版)

平成22年6月  
経済産業省

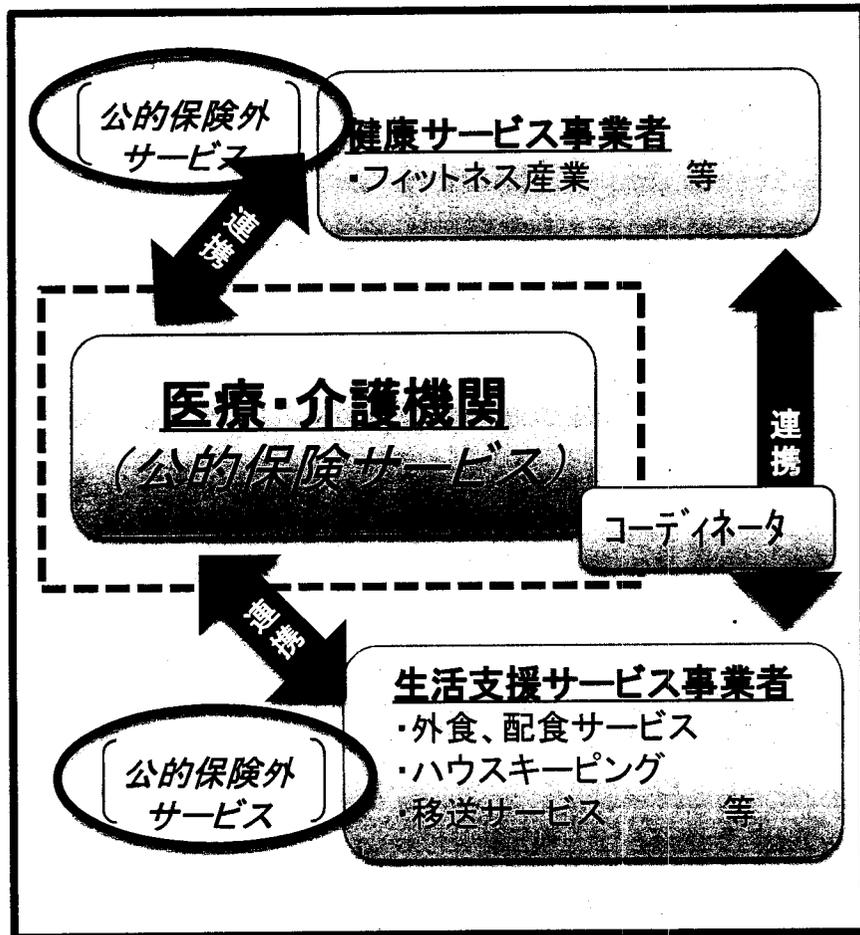
# 戦略産業分野(4):社会的課題の解決①医療・介護・高齢者生活支援関連産業

## <現状の課題>

- ◆ 公的保険の財政制約
- ◆ ニーズの多様化 (健康・生活支援)
- ◆ 連携不足

## <目指す方向>

- ◆ 公的保険外の健康関連産業の創出
- ◆ ニーズに対応した多様なサービスの提供
- ◆ 医療機関と民間事業者の連携による  
給食サービス



## <施策のポイント>

- ◆ **コーディネーター機能の強化**  
→ コーディネートする主体の創出と、公正な報酬システムの確立
- ◆ **医療機関との連携事業での、リスク範囲の確定**  
→ 業務連携約款の整備、医行為のグレーゾーンの整理
- ◆ **サービス事業者の品質保証制度の整備**
- ◆ **柔軟で効率的な経営を可能に**  
→ 看護・介護事業者に係る開業・人員配置・事務管理に関する基準の見直し

等

## 戦略産業分野(4): 社会的課題の解決①医療・介護・高齢者生活支援関連産業

○医薬品、医療機器、介護ロボット分野で世界市場を獲得

### 現状の課題

適法範囲が不明確→参入リスクが極めて高い

治験から市場化までに時間がかかる

#### <医療機器>

◆ 米国との差は約19ヶ月

#### <医薬品>

◆ 米国との差は約2.5年

- ◆ 臨床研究における、未承認医療機器の薬事法の適用範囲の明確化
- ◆ 医薬品、医療機器の薬事審査の迅速化
- ◆ ハード(医薬品・機器)とサービス(施術方法等)の一体的開発
- ◆ 介護ロボット実用化に向けた安全・臨床評価手法の確立

# 戦略産業分野(4): 社会的課題の解決 ①医療・介護・高齢者生活支援関連産業

○医療サービスの国際展開の促進 → 各国の高齢化に伴い、大きな成長市場

## 現状の課題

「医療ツーリズム」は、世界的に拡大傾向

- ◆ 米 国 : 2007年の医療サービスの受入は、約23億ドル(2004年の約1.4倍)
- ◆ ドイツ : 2007年の医療サービスの渡航は、約15億ドル(2004年の約1.5倍)
- ◆ 日 本 : 医療サービスの輸出入はほぼゼロ

他方、水準の高い日本の医療サービスに対する期待も大きい

- ◆ 心臓病の死亡率はOECD諸国中最も低い
- ◆ 結腸直腸ガンの5年以内の生存率はOECD諸国中最高
- ◆ 前立腺ガンの死亡率の低さも世界最高水準

## ◆国内外の医療機関のネットワーク化

医療サービスの内容や外国人患者の情報を共有化

## ◆外国人患者の斡旋機能の整備

医療言語に精通した通訳・翻訳事業者の育成など

## ◆医療滞在ビザの創設

等

産業構造審議会  
産業競争力部会  
報告書

～産業構造ビジョン 2010～

平成22年6月

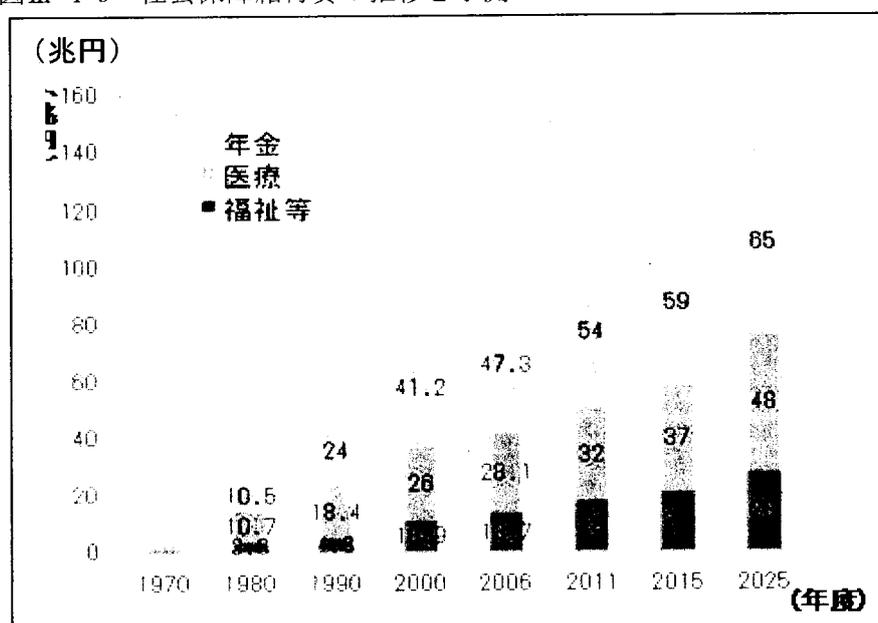
② 医療、介護、生活支援関連分野における現在の供給体制の論点

次に、こうした量的・質的に拡大する消費者ニーズに対応するための医療、介護、生活支援関連分野での供給体制に係る論点に目を向ける。

i) 公的負担の増大

まず、下のグラフを見て明らかな通り、我が国の医療・介護の供給体制を支える社会保障給付費は増加の一途をたどり、団塊世代全てが65歳以上となる2015年には年金・医療・福祉等を合わせて117兆円、75歳以上となる2025年には141兆円に達すると推定されている。

図Ⅲ-4-9 社会保障給付費の推移と予測



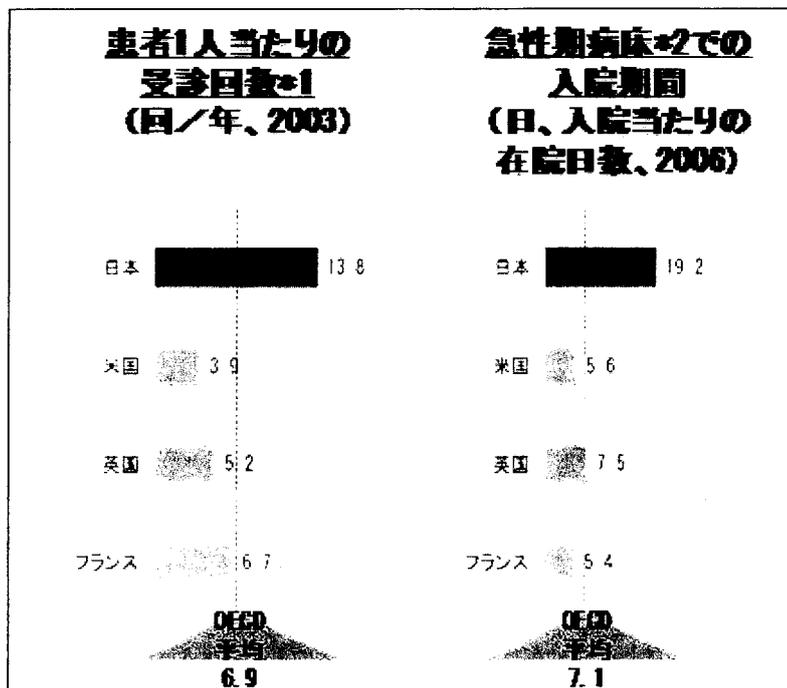
出所:2006年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成18年度社会保障給付費」  
2011年度以降は「社会保障の給付と負担の見通し(厚生労働省平成18年5月推計)」

ii) 医療機関に集中するニーズ

次に、供給体制の中核をなす医療機関を見てみると、諸外国に比べて異なる我が国の医療供給体制が見えてくる。

まず、患者一人あたりの受診回数については、日本は諸外国に比べて突出して回数が多い。急性期病床での入院期間についても諸外国に比べて突出して在院日数が長い。すなわち、日本人は、比較的頻繁に病院に行き、長く入院しているのである。諸外国に比べて、こうした実態が医療機関に大きな負荷をかけることにはなっていないか。今一度考えてみる必要があるだろう。

図III-4-10 患者一人当たりの受診回数および急性期病床での入院期間



※1 病院、診療所を含む。

※2 OECD Health Dataでは、日本の場合は「一般病床」及び「感染症病床」が「急性期病床」に該当すると定義されている。

出所: マッキンゼー&カンパニー「医療制度改革の視点 第一版」

我が国の医療機関の特性は、その供給体制にもある。例えば、次のグラフによれば、日本の場合、人口1,000人当たりの医師数や看護職員数は諸外国に比べて極端に少ないとは言えない。他方、同じ医師数や看護職員数を病床100床当たりに換算し直して見てみると、諸外国との差が歴然とする。この点は、その次のグラフでよりはっきりとする。日本の場合、人口10万人当たりで病院数が諸外国に比べて非常に多い一方で、1病院当たりや1病床当たりで職員数を見てみると、圧倒的に少ないのである。

すなわち、我が国は、病院や担当する病床の数が多いため、職員密度が低くなってしまいう「低密度・分散型」の医療体制とすることができる。

図III-4-11 医療提供体制の各国比較

医療提供体制の各国比較①				
	人口1,000人当たり		病床100床当たり	
日本	2.1人	9.3人	14.9人	66.8人
米国	2.4人	10.6人	78.3人	331.2人
英国	2.6人	11.9人	69.0人	336.9人
フランス	3.4人	7.6人	48.7人	106.8人
ドイツ	3.6人	9.8人	41.6人	117.6人

医療提供体制の各国比較②			
	人口10万人 当たり病院数	1病院当たり 職員数(老働換算)	1病床当たり 職員数(老働換算)
日本	7.0	183.0人	1.0人
米国	2.0	799.6人	4.9人
フランス	4.8	—	—
ドイツ	2.6	489.1人	1.3人

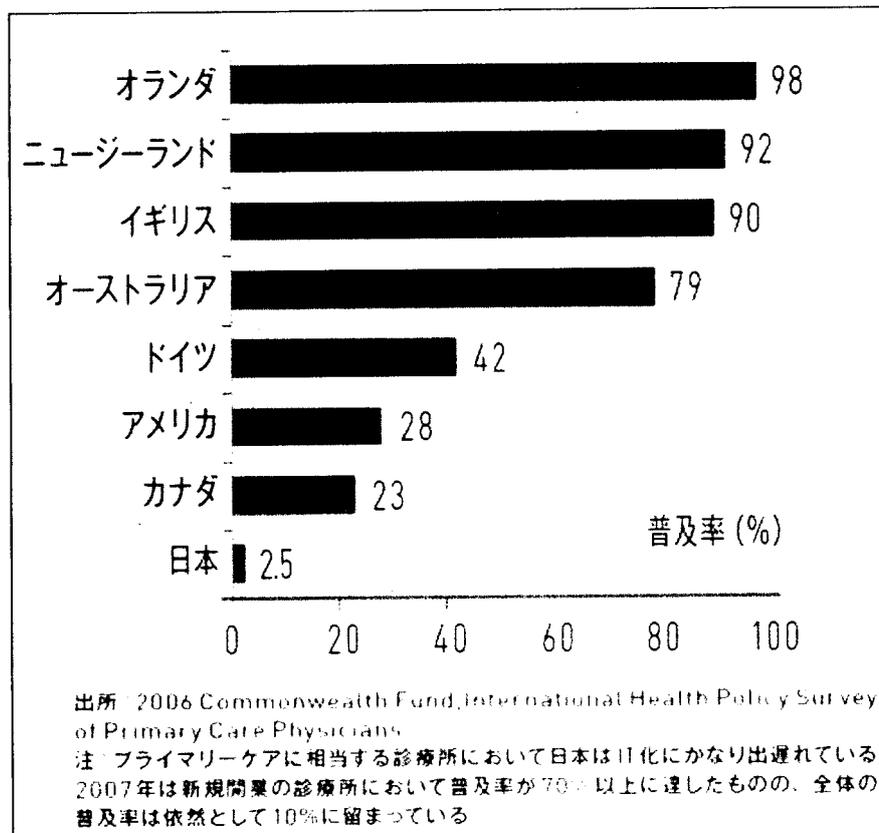
出所：上表：OECD Health Data 2008、下表：OECD Health Data 2007、厚生労働省「医療費総額調査」及び「医療機関調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療費総額調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療機関調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療機関調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療機関調査」データ（2004年度）

iii) 効率化の余地が大きい供給現場

また、我が国の医療機関は、諸外国に比べて IT 化の点で依然として課題を抱えている。例えば、医療機関のオーダリング・電子カルテの導入率は諸外国に比べて非常に低い水準に留まっていることが分かる。

また、IT 化の遅れについては、介護機関でも課題とされることが多く、大いに改善の余地がある。他方で、介護分野においては、IT を活用することによって効率化が可能となる間接部門や手続き面についてまで、管理担当者の人員配置基準やサービス記録の紙媒体保存などの規制がかけられているなど、IT 等を活用した業務効率化と親和性の薄い制度が存在するため、今後、業務効率化のモチベーションを与えることができるように制度の在り方をどう調整していくかが課題である。

図III-4-12 オーダリング・電子カルテの導入率の比較



iv) 潜在有資格者の存在

他方で、いかに効率化を進めたとしても、労働集約型である医療・介護分野の供給体制を考えた際には、人的資源の充実を避けて通れない。さらに、今後多様なニーズがより一層顕在化するとすれば、人材の充実はなおさら必要である。

しかしながら、特に介護分野においては高い離職率や人材不足が指摘されており、今後、年平均約4~6万人程度の介護職員の増加が必要とされる中で、喫緊に解決すべき課題となっている。その点で注目されるのが、資格を持ちながらその業務に従事していない潜在的資格保有者である。訪問介護員の資格保有者を例にとれば、約80%・約64万人が介護分野には就労していないと言われ、更なる活用が期待されている。また、高齢者のニーズに応じて、今後、看取りを含めて終末期に至るまでの生活のQOLを維持できる環境を整備していくとすれば、上記の訪問介護員はもちろん、医療の面でも、一説に55万人とも言われるいわゆる潜在看護師の活用も期待される。

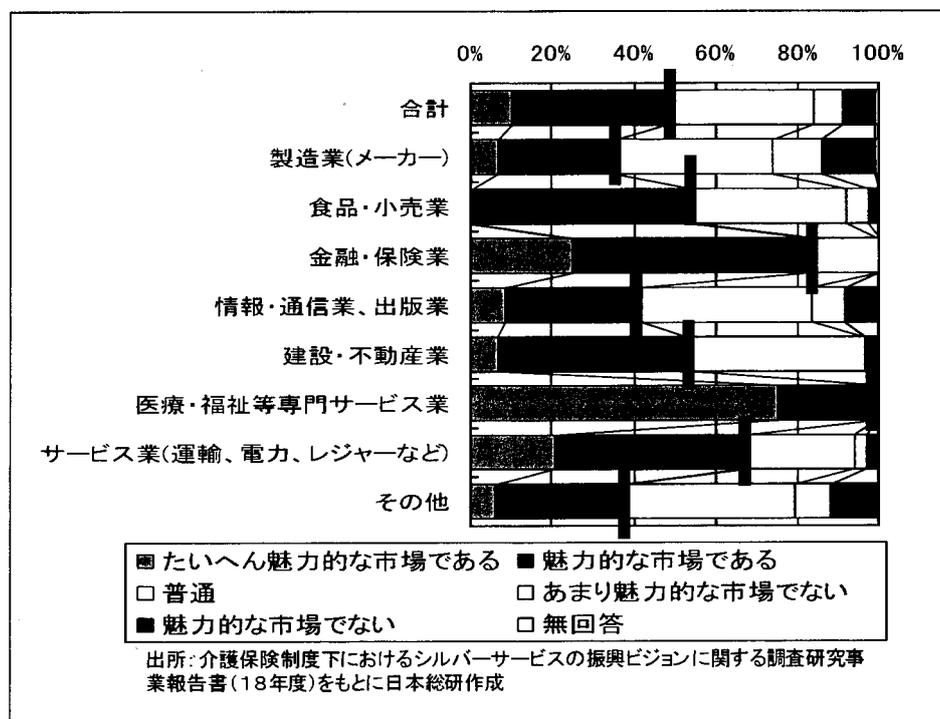
v) 医療・介護機関と民間サービス事業者の脆弱な連携

さらに、今後、地域において充実した医療・介護・高齢者生活支援サービスが提供される環境を作るためには、こうした医療・介護機関やその専門人材の供給体制を強化するこ

とのみならず、地域の様々な既存のサービス産業が QOL の維持という目標に向かって、高齢者支援サービスの分野に数多く参入し、新規サービスの創出を促進していく必要がある。事実、以下のグラフを見ても分かる通り、異業種の民間事業者にとって高齢者市場は非常に魅力的に映っている。

他方、参入するにあたっては医療・介護機関との連携が欠かせないが、サービス事業者との責任分界や提供可能なサービス範囲が明確にならないために、参入を躊躇する例も聞かれている。結果的に参入機会のロスが起こっていると考えられ、連携体制を強化する取組が求められている。

図III-4-13 上場企業の高齢者市場に対する評価



vi) 生活支援サービスの創出促進

なお、民間サービス事業者の参入を巡っては、過疎地など新規進出が困難な地域においてサービスが供給されないといった懸念も聞かれる。しかしながら、過疎地であっても、流通業者が地方自治体や異業種の民間事業者と連携し、例えば公民館・集会所等の既にある公共施設を、近隣スーパーのサテライト店舗や宅配拠点として有効に活用するなど、低コストでの流通機能の提供を可能にすることも考えられる。行政機関が保有する施設や公有財産については使途に制限がかけられていることも多いが、地域の実情に応じた運用改善を図り、官民横断的な協力体制を構築することで、需要に応じた新たなサービスの提供を行っていくことが求められている。

vii) 政府に求められる役割

こうした中で、政府が行うべきことは、各種ノウハウを持つ事業者が医療・介護との連携を円滑に行うことができる環境整備である。具体的には、医療・介護とその周辺で、民間事業者が独自の責任として何に取り組むことができ、何ができないのかというビジネスの予見可能性を可能な限り明確にし、不必要な制度リスクを取り除くことにある。これに加え、基本的なビジネスモデルに基づく医療・介護機関との連携のあり方やそれに必要な標準化が求められる。

また、高齢者支援サービスに貢献できる事業者は、未だ市場に点在している状態であることから、横の繋がりを形成し、スケールメリット、合理化、標準化、制度改正への要望等、産業として活動するための体制が早急に整備されることへの支援も必要である。

なお、利用者側から見た場合には、適切なサービス選択に必要なサービス品質の可視化、評価、認証制度等、産業としての枠組み構築も急務である。

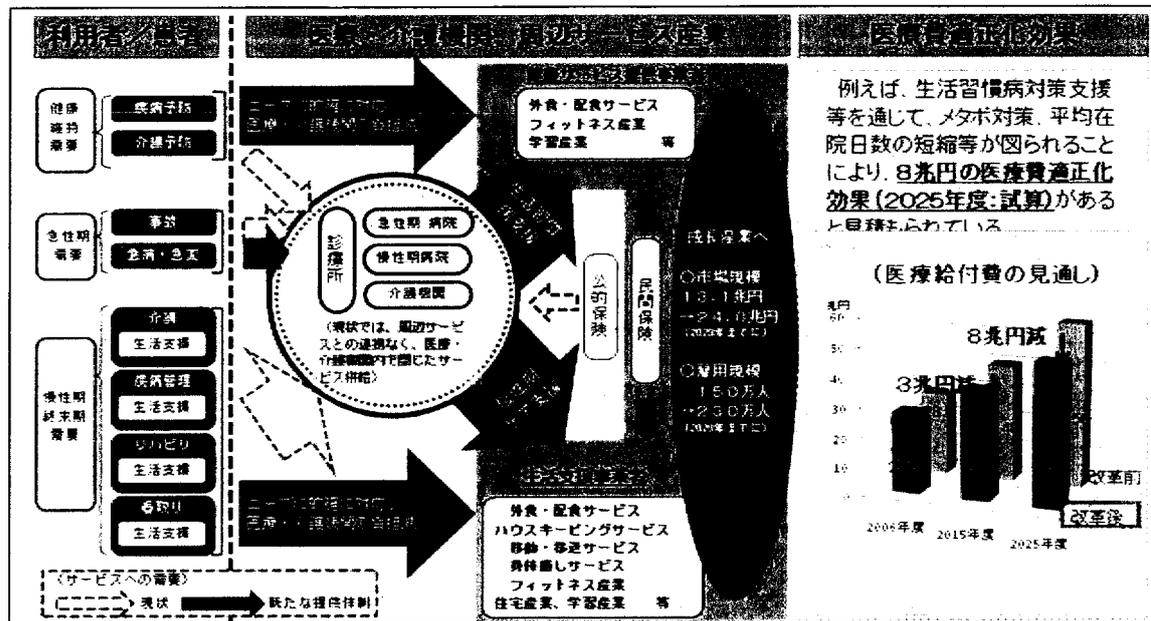
③ 多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業創出促進戦略

i) 戦略のコンセプト

医療・介護・高齢者生活支援については、前述した通り、今後、健康維持期における疾病予防や介護予防、慢性期・終末期における介護・疾病管理・リハビリ・看取りなど、急性期前後でのサービス需要が多様化してくる。こうした中で、全てのサービス供給を医療・介護機関が行い、その財源も公的保険に依存することは、医療・介護機関及び我が国財政の負担が加速的に大きくなることを意味するが、現実としてその持続性を確保していくことは大きな課題である。

そのため、今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業（「生活医療産業」）の創出を促す。こうした産業の創出によって、患者・消費者本位の多様で質の高いサービスが供給されるとともに、医療・介護機関の負担減や医療費の適正化も期待される。

図III-4-14 新たなサービスの形態



出所：経済産業省作成

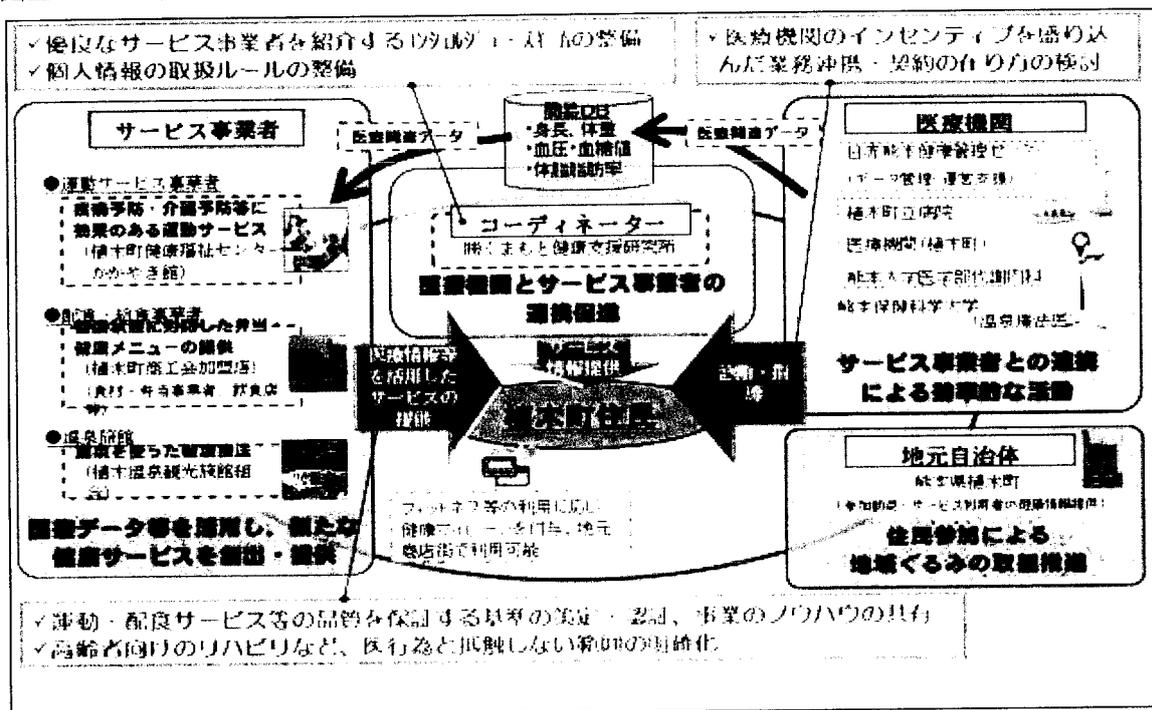
ii) 新たなサービスの創出事例

まず、健康・医療分野では、疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出の芽が育てられている。例えば、熊本県旧植木町では、地域の医療機関に蓄積された住民の健康データを地域のサービス事業者が活用できるようにしたことで、様々な健康サービスが生まれた。例えば、運動サービス事業者が疾病予防・介護予防等に効果のある運動サービスを、配食・給食事業者が健康状態に対応した弁当・健康メニューを、温泉旅館が温泉を使った健康療法をそれぞれ提供している。また、運動サービスの利用に応じて商店街で利用できる健康マイレージを発行することで、住民が自ら取り組みやすい環境整備も行っている。

現在、これらの事業を通じて、以下のような課題が浮き彫りになっているところであり、同様のサービスを全国に広げるためには、早急な課題解決が望まれる。

- ・医療機関のインセンティブを盛り込んだ業務連携・契約の在り方の検討
- ・優良なサービス事業者を紹介するコンシェルジュ・スキームの整備
- ・個人情報取扱ルールの整備
- ・高齢者向けのリハビリなど、医行為と抵触しない範囲の明確化
- ・運動・配食サービス等の品質を保証する基準の策定・認証、事業のノウハウの共有

図Ⅲ-4-15 疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出（熊本県旧植木町）

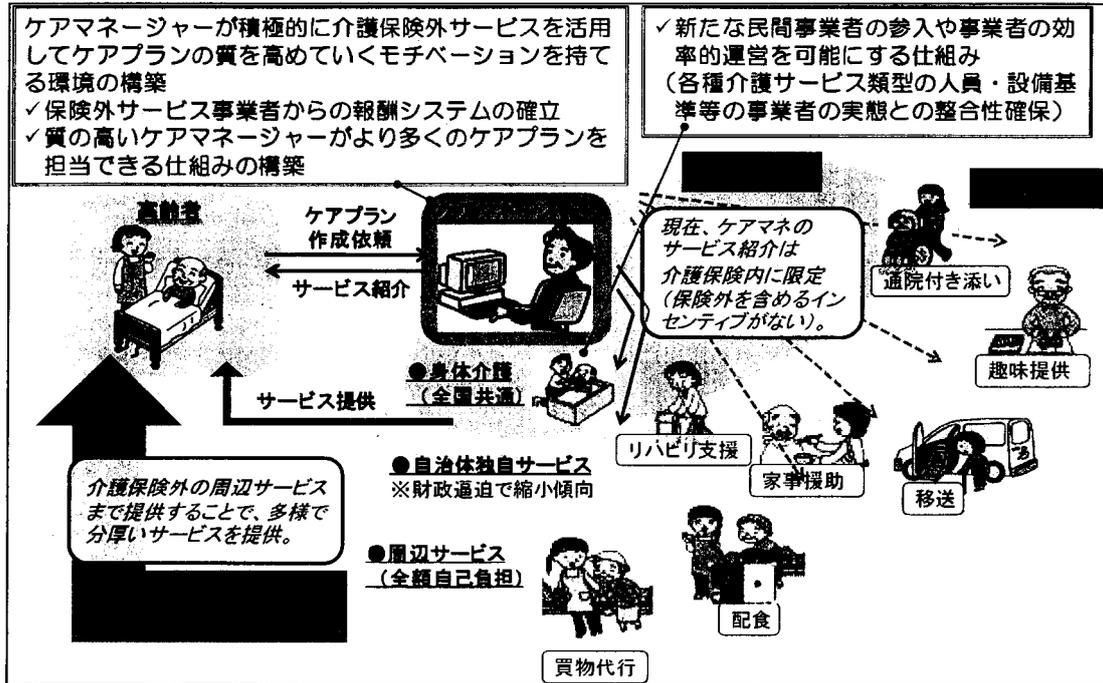


出所：経済産業省作成

次に、介護分野において、介護を中心に総合的な高齢者向けサービスを創出し、かつ充実していくためには、まず、介護保険のサービス分野について、新たな民間事業者の参入や事業者の効率的運営を可能にする仕組みなどの環境整備を進めることでサービス供給を分厚くしていくことが欠かせない。そのためには、前述したように、IT等を活用した業務効率化と親和性の薄い制度については、事業者の実態との整合性を改めて確認していく作業が必要となる。

また、介護保険外のサービス分野についても、個人の多様なニーズに応じたサービス組成が可能となるよう、高齢者のケアプランを作成するケアマネジャーが積極的に介護保険外サービスを活用してケアプランの質を高めていくモチベーションを持てる環境を構築する必要がある。そのためには、保険外サービス事業者からケアマネジャーに対する報酬システムの確立や、より質が高いケアプランを作成するケアマネジャーがより多くのケアプランを担当できる仕組みの構築が必要と言える。

図Ⅲ-4-16 介護を中心とした総合的な高齢者向けサービスの創出



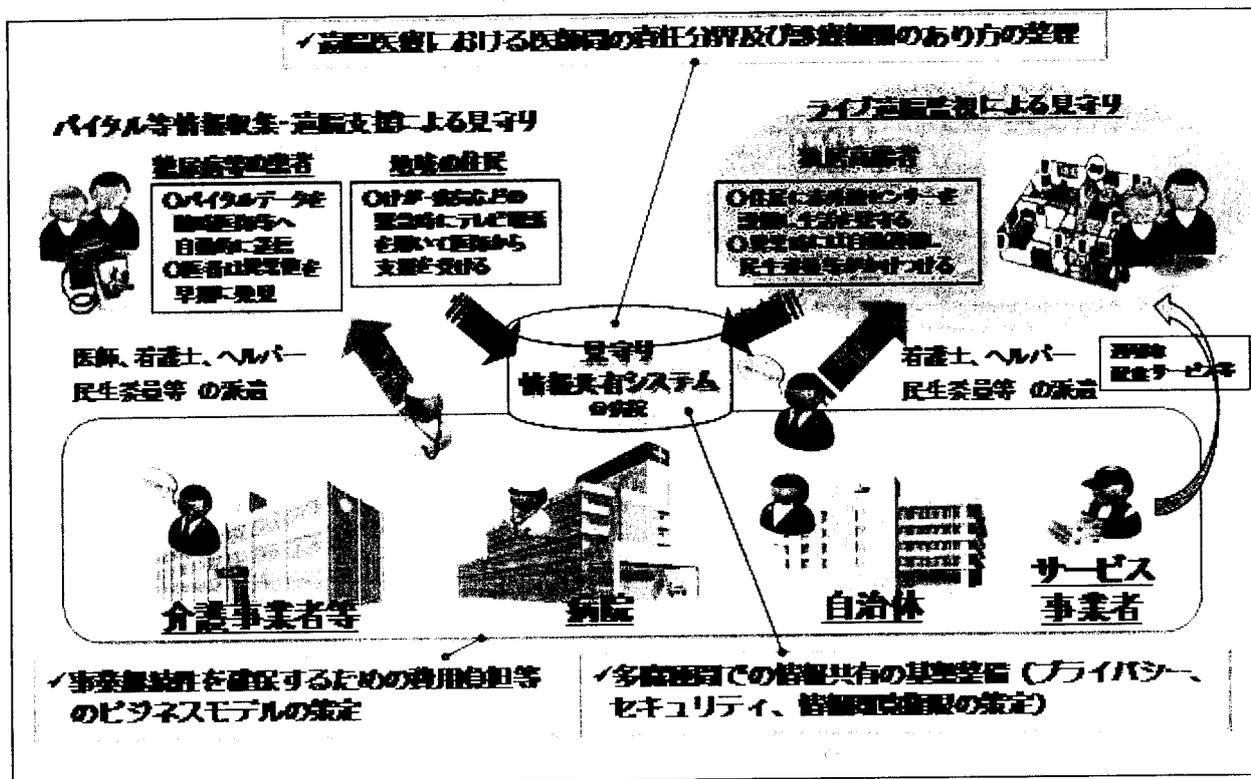
出所：経済産業省作成

また、生活見守りについては、平成 21 年度事業より、中山間地域等における生活の見守りサービスの創出を試行している。例えば、和歌山県すさみ町では、自治体・病院・介護事業者等が一体となり、独居高齢者には住居に設置した赤外線センサーを通じて遠隔見守り・異常時自動通報、糖尿病等の患者にはバイタルデータの自動送信を通じて病状データの収集・異常値の早期発見、地域の住民には怪我・病気時の医師からの遠隔支援がそれぞれ提供され、それらの情報は見守り情報共有システムに一元管理がなされている。

なお、こうした事業からも、以下のような課題が浮き彫りになっており、今後の解決が望まれる。

- ・ 事業継続性を確保するための費用負担等のビジネスモデルの策定
- ・ 多職種間での情報共有の基盤整備 (プライバシー、セキュリティ、情報閲覧権限等の策定)
- ・ 遠隔医療における医師間の責任分界及び診療報酬のあり方の整理

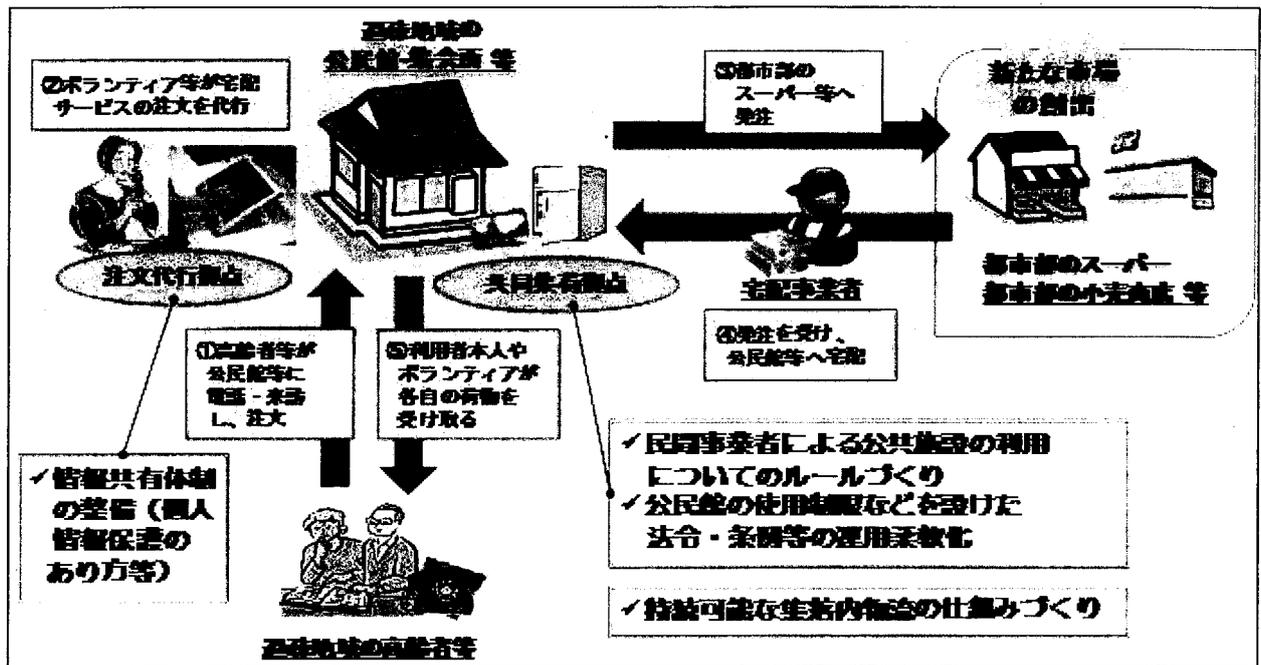
図III-4-17 山間地域等における生活の見守りサービスの創出（和歌山県すさみ町等）



出所：経済産業省作成

最後に、過疎地を中心に、食料品等の日常の買い物が困難な状況に置かれている人々が多いことを前述したが、買い物支援サービスについては、買物が不便な地域の高齢者と都市部のスーパーや小売商店を結びつける役割を地域の公民館や集会所等が担い、高齢者側では注文を一括して請け負う注文代行拠点、事業者側では配送・受取を一括して担う共同集荷拠点として活用するビジネスモデルの確立が求められる。そのためには、民間事業者による公共施設の利用についてのルールづくり、公民館の使用制限などを設けた法令・条例等の運用柔軟化、持続可能な集落内物流の仕組みづくり、情報共有体制の整備（個人情報保護のあり方等）といった課題を解決していくことが必要となる。

図III-4-18 過疎地域における買い物等支援サービス

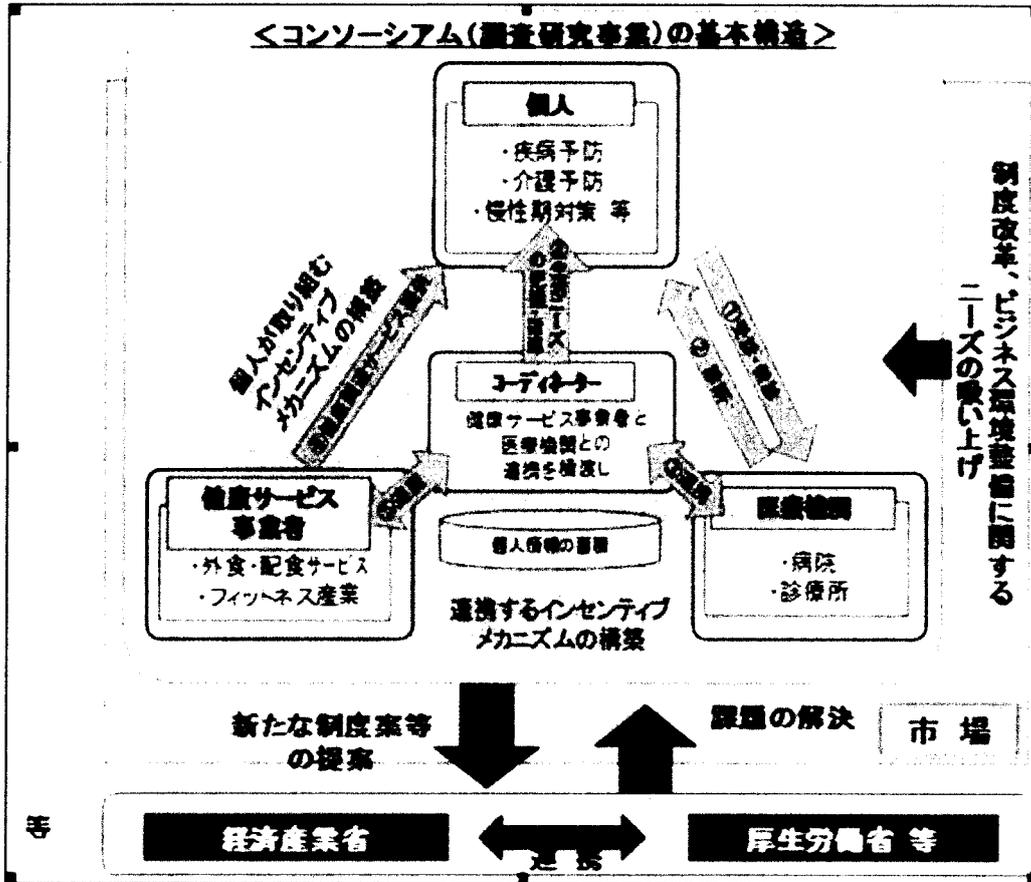


出所：経済産業省作成

### iii) 新たなサービス産業創出のための環境整備

以上、新たなサービス産業創出の事例や考え方をいくつか見てきたが、新たなサービス産業を創出するためには、個々人の多様なニーズを把握し、それに応じて、医療・介護機関や医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者などの様々なサービスをアレンジするコーディネーター機能の強化が欠かせない。今後、全国各地において、医療・介護機関、医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者及びコーディネーターが参画するコンソーシアムを組成し、そこから制度改革やビジネス環境整備に関する課題の吸い上げが行われるべきである。さらに、そこから抽出された新たな制度や課題については、関係省庁が積極的に連携し、解決を図っていくべきである。

図III-4-19 コンソーシアムの基本構造



出所：経済産業省作成

④ 医療分野における IT 活用

i) 個人のヘルスケア関連情報の効果的活用

高度・効率的な医療サービス等を提供していくためには、IT の活用は欠かせない。個人、医療・介護機関、医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者、コーディネーターなどの単なる連携にとどまらず、更に高度な IT 活用を通じて情報共有ネットワークが構築されることで、場所や時間を問わず異常状態の早期発見が行われ関係機関の医療サービスを受けられる「リモート・リアルタイムサービス」が可能となる。

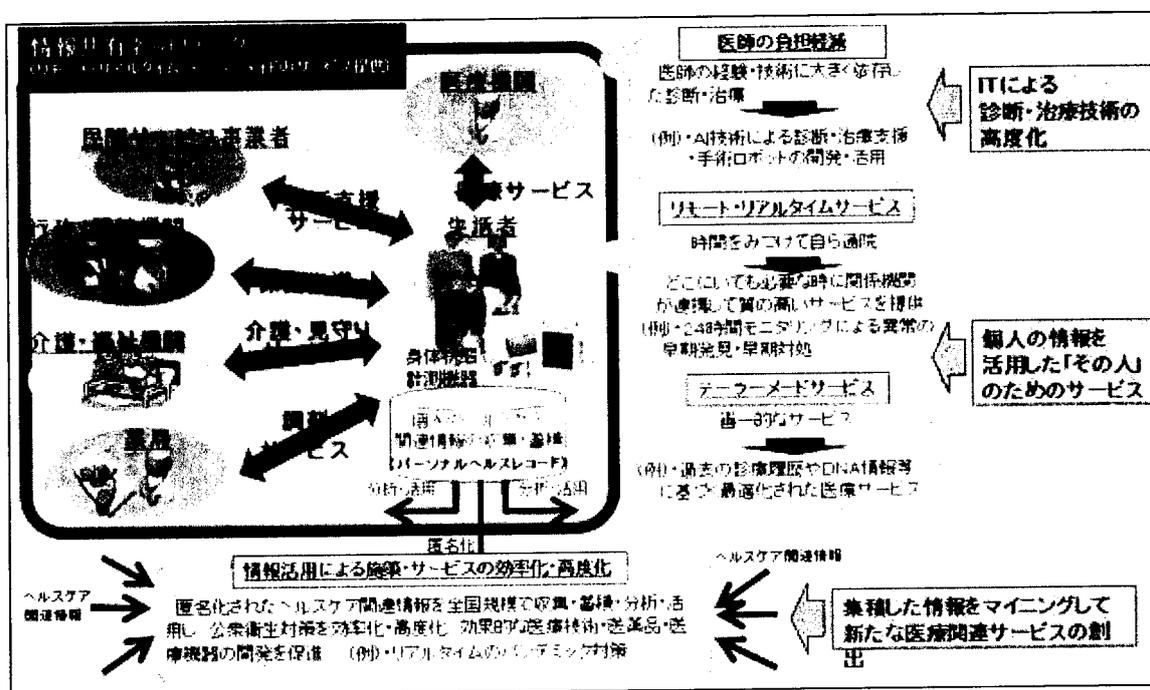
さらに、個人のヘルスケア関連情報（パーソナルヘルスレコード（PHR））を一括収集・蓄積することで、過去の診断履歴や DNA 情報等に基づく最適化された医療サービスを提供する「テーラーメイドサービス」の提供も可能となる。

現在、経済産業省・厚生労働省・総務省が連携し、国民が自らの健康・医療情報等を生涯を通じて収集・活用し、適切に医療機関・民間事業者等と共有することによって、より効果的なサービスを受けられる PHR システムの構築を目的とした実証事業を実施している。

さらに、こうした個人のヘルスケア情報を匿名化して全国規模で収集・蓄積・分析・活用することや、地域内の医療機関等に蓄積された情報を活用することで、効率的・効果的な公衆衛生対策が実現されるとともに、新たな医療技術、医薬品、医療機器といった医療関連サービスの開発が促進され、医療情報と新たなサービスの創出の好循環が期待される。

また、これまでの診断・治療は医師個人の経験・技術に大きく依存したが、今後は大量のデータに基づいたコンピューティングに基づくAI技術による診断・治療支援などITを通じた診断・治療技術の高度化が可能になり、医師の負担などが軽減されることも期待される。

図III-4-20 情報共有ネットワーク



出所：経済産業省作成

ii) IT活用に向けた施策

なお、こうしたIT活用の促進のためには、健康・医療・介護情報の標準化が欠かせない。具体的には、健康・医療・介護情報に関して標準化すべき項目の整理、国際標準に基づいた病院間で共有すべき情報の国内標準の策定、標準準拠電子カルテの導入促進支援等が必要である。

また、個人情報の取扱ルールの策定も欠かせない。具体的には、多職種での情報共有を念頭に置いたアクセス管理・セキュリティ管理・標準約款等の情報運用ガイドラインの策定、収集された情報を2次活用する場合に必要な情報の匿名化ルール策定などの整備が必要である。

2010年3月31日

介護保険を持続・発展させる 1000万人の輪

共同代表 樋口 恵子

共同代表 白澤 政和

共同代表 高見 国生

## 介護保険を持続・発展させるための 1000万人の提言

—誰もが安心して暮らせる制度をめざして—

### はじめに

介護保険がスタートして10年が過ぎ、高齢者の生活には欠かせない制度となっています。私たちは、人生100年のセーフティネットとして介護保険の重要性を自覚し、国民の目線でより良い制度にしていくことを目指しています。

しかし、この10年間、必ずしも、介護を受ける側、介護をする側にとって、納得のできる制度にメンテナンスされているとは言えません。現状の介護保険は、利用する高齢者にとっては複雑すぎ、国民が簡単に制度を理解することは難しいでしょう。

しかも、独り暮らし高齢者や老夫婦世帯が急増し、介護保険が、このような世帯構造の変化に対応できていません。その結果、「孤独死」「老老介護」「認認介護」などといった問題が顕在化し、早急な対応が迫られています。そして、働いている現役世代は、親などの介護のために、自身の仕事を辞めなくてはならなくなっています。

一方、介護保険の理念は、地域保険の意味合いを有し、制度に身近な住民らの声が、地域の特性に合わせて制度を変えていくはずでしたが、そうっていないのが現状です。

また、介護現場で働く人たちの労働環境が厳しく、良質な介護人材の確保が難しい状況です。介護サービスの質は、介護をする側の環境が良好でなければ、向上しないはずで、介護される側、介護する側の双方にとって改善のための環境作りが重要です。

このように介護現場では、さまざまな問題が山積していますが、必ずしも、介護保険のみでは、それらに対応できるものではありません。福祉制度や保健制度といった高齢者をとりまく制度と、どう介護保険を、調整・機能分担していくかの視点も欠かすことはできません。そのためには、社会保障制度全体からも考えていくべきでしょう。

そこで、私たちは、今後の介護保険が持続・発展していくために、利用者・家族・事業者・働く人々・専門家といった広範な立場から、利用者の視点に立った介護保険の再構築の考え方を、ここに提言いたします。

## 1. 介護保険再改正における大前提ポイント

### ①介護保険への新たな財源論について

介護保険における自己負担額（1割負担）は、今後も維持されるべきであり、2割、3割負担といった措置を講じるべきではありません。また、介護保険の財政構成は、利用者の自己負担分を除けば、公費が50%です。今後、サービス給付の拡充からも、介護報酬の引き上げは避けられませんが、かといって保険料の引き上げも限界に達しています。

そのため、この公費割合を徐々に増やしていくべきで、とりあえず2012年では60%にするための財源措置を提案します。なお、公費負担を考えるにあたっては、新たな国民負担も避けられませんかから、その際は、各自の能力に応じて、公正な負担方法を考えていくべきと考えます。

### ②介護予防について

特定高齢者を対象とした介護予防事業は、本来は、保健制度によって賄われるべきで、地域支援事業に基づく介護保険財政と切り離し公費を投入して運営されるべきです。なお、現在の予防給付といった要支援1及び2を対象とした介護保険サービスは、本来の意味での介護予防ではないと考えられ、介護給付の位置づけにしていくべきです。

### ③介護従事者について

#### 《労働環境の変化》

介護従事者不足は財政改革を聖域なき改革として5年間で1.1兆円の予算シーリングを始めたことに端を発したことは議論を俟つ必要のないことでしょう。特に、2度の介護報酬マイナス改定は、介護保険制度の充実策導入の機会を奪ったのみならず、介護現場から介護従事者のやりがいや削ぎ、事業者の経営にも大きな問題を生じさせました。介護従事者の給与が他産業に比べ低水準に抑えられた結果、未来への希望がなくなり、離職率が上がり、新規雇用の困難さも長期にわたることとなりました。

今後は、まず介護従事者一人ひとりの所得を上げるべきです。給与が上がることで働く意欲、学習意欲、介護の質の向上に事業者・介護従事者共に励める体系作りが必然になると思います。働く介護従事者の意欲が、現場を変えようとします。

したがって、現行の所得を上げるために介護報酬を含めた財源措置が不可欠です。さらに、各介護事業所の人員配置基準を見直すこと、介護従事者がやりがいや目標を持てるように、専門職としてのアイデンティティの実現を図るキャリアアップ等を考えていくべきです。

#### 《賃金》

介護従事者の年収は以下に示す金額を早急に実現する必要がありますが、2012年の改正はこの達成のための過程であることを求めます。

介護従事者の生活設計が描ける賃金は常勤型で年収450万円です。均等待遇の考え方を適用して、非常勤型で1時間当たり1,800円となります。また22歳からは一人で生活できる給与水準を保証することが必要であり、最低でも年収240万円が相当金額であると考えます。

介護に従事し、将来展望を具体的に描けるよう現行制度を見直し、資格・検定取得が収入に反映される仕組みを作り、そのための教育・研修や教育の時間と費用は、公共財との観点から公費負担とすべきと考えます。

#### ④抜本的な地域係数とその地域区分の見直し及び地域係数に乗じている人件費率の撤廃

現行の地域係数とその地域区分は、地域毎の賃金水準や家賃等の物価を反映できていません。その結果、大都市部と地方とでは介護従事者の確保や処遇などに大きな格差が生じ、大都市部の施設整備の阻害要因となっています。2012年における介護保険法改正時には、十分に物価水準、及び賃金水準を考慮して、抜本的に「地域区分」「地域係数」を見直していくべきです。また、地域係数に人件費率を乗じる現行の算式は、地域差を適正に調整する地域係数の意味を阻んでいます。この算式は撤廃すべきと考えます。

## 2. 介護サービスのあり方

### ①在宅介護サービスについて

保険サービスを利用するにあたって、家族がいるか否かに関わらず、ケアマネジャーのアセスメントと本人の同意に基づいてニーズがあれば、サービスが利用できるようにすべきです。なお、家族介護を前提とした在宅介護システムは改めるべきです。

なお、訪問介護サービスは、現行の介護報酬では「生活援助」と「身体介護」に区分されていますが、2012年の介護報酬改定では、これらを一本化して「訪問介護」という報酬体系に改めるべきと考えます。

### ②施設ケアについて

大都市と地方都市とでは、介護保険施設等の設置や運用において大きな環境面の違いがあり、施設サービスに大きな地域格差が生じています。現行よりも地域特性に応じた介護報酬等の財源措置を考えていくべきです。また、地域密着型介護施設の経営が安定するような仕組みを考えつつ、在宅からグループホーム・入所施設まで安定した介護が保障される利用者の利便性の高い、地域のケアシステムにしていくべきで、かつ施設の人員配置基準見直しによるサービスの質の向上、労働環境の改善も併せて図るべきです。

### ③福祉用具・住宅改修等

今後のますます増大する高齢者介護負担を支えるためにも「福祉用具」や「住宅改修等」のいわゆる自立支援サービスの量・質の面においての高度化は、まさに焦眉の急と言えます。サービス利用に際しても、軽度者であっても必要としている福祉用具が提供できるよう、専門職である福祉用具専門相談員やケアマネジャーの裁量で決められる柔軟なシステムが求められます。そして、福祉用具貸与の利用効果を高めるために、最低でも6ヶ月に一回の訪問による利用状況確認・用具点検を義務付けるべきと考えます。また、介護者の負担等を（腰痛など）軽減させる視点からも、さらなる福祉用具の活用がのぞまれます。

### ④医療と介護の連携について

急性期病院からの退院などを含めて、医療と介護連携がスムーズに運ぶ在宅及び施設系の介護資源の充実を図るべきです。しかも、医療的ケアを伴う高齢者の介護は、かなり家族や介護従事者等に負担を強いているため、法制度の整備を含めた措置が急がれます。

なお、地域医療の整備は、介護サービスを充実していく意味でも不可欠なので、その関連で医師不足・看護師不足の対策を、早急に実施していくべきと考えます。

### 3. わかりやすい介護保険制度にするために

#### ①要介護認定について

2012年の介護保険法改正時には、当面の経過措置として、現行の要介護認定区分の7区分を3区分（軽度、中度、重度）に粗くし、併せて区分支給限度額もこれに準ずる内容とすべきと考えます。なお、要介護認定システムを持続していく場合の条件としては、在宅のための新たな判断基準を設け、ケアマネジャーが高齢者の住環境や家族状況等に沿って判断できるようにすべきです。

なお、将来的には要介護認定システムをなくし、保険給付の区分支給限度額も撤廃することが必要で、ケアマネジャーの質を高めていくことにより実現できると考えます。

#### ②ケアマネジメントについて

本来、サービスなどの調整は、利用者とケアマネジャーの同意で決められるべきです。しかし現在は、各介護事業者に併設された居宅介護支援事業所が多く、利用者の代弁者機能になりにくくなっています。

そのため、ケアマネジャーの判断における裁量性を尊重し、介護報酬などを含めてケアマネジャーの独立性・中立性が担保できるような制度・環境にしていくべきです。なお、ケアマネジャーの担当件数の制限も、一律に決めるのではなく、いくつかの要素を踏まえながら決めていくべきです。

以上を達成し、さらにケアマネジャーの質の向上を図るためには、より利用者の立場に立ち、地域や家族環境も踏まえたプランニングができる新たな研修や教育が必要です。この習得を前提に上位資格を設け、高い所得の達成を前提として制度と報酬を見直すべきです。

#### ③法令遵守について

法令遵守策（労働法規も含む）は、行政主導ではなく、民間介護事業者等の意見も反映しながら、進めていくべきです。

特に、指導・監査においては、保険者として介護保険の機能を十全に果たすための行政側能力の質を高めるためにも、民間介護事業者との連携を深めながら、文書主義に陥らないようにしていくべきです。

#### ④介護保険の手続き（書類について）

介護保険サービスを利用するには、介護事業者との契約、サービス提供時のモニタリングなどの書類作業が煩雑すぎます。これは利用する側（高齢者や家族）や介護従事者らにとって、かなりの負担となっています。そして、繁雑な事務作業に追われ、本来の「ケア」といった業務に支障をきたしているため、簡素化していくべきです。

### 4. 地域で安心して高齢者が暮らしていけるために

#### ①認知症高齢者に対して

認知症（若年性認知症を含む）があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせるように、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること、認知症の早期発見・診断・初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、

保健、福祉が緊密に連携して、切れ目のない支援体制が行われることが必要です。特に軽度の時こそ、認知症ケアに必要なサービスがしっかりと提供されることで重度化を防ぐことができます。認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめられ、その対応が早急に図られるべきと考えます。

### ②地域包括支援センターについて

介護予防のケアプラン作りで忙しすぎる現状を改善するため、地域包括支援センター業務から介護予防業務を切り離し、「総合相談窓口」「ケアマネジャー支援業務」「地域のネットワークづくり」などの業務に特化し、介護を支える地域づくりの基盤としての機能を果たすべきです。その運営財源も介護保険制度から切り離し、公費で担保すべきです。

### ③インフォーマルサービスと地域福祉の再構築について

家族や地域といったインフォーマルサービスは、フォーマルな介護サービスを担保するうえでは、極めて重要な一翼を担っています。しかし、これらのサービスが機能するためには、財源を含めた公的機関の下支えと相俟って発揮されるものです。決して、インフォーマルサービスを、行政コストの削減の代替手法とするべきではありません。

なお、国や都道府県及び自治体は介護保険サービスだけに依拠せず、ホームヘルプ、食事サービス、移動サービス等を充実させ、要介護者・要支援者を始めとする多様な在宅のニーズに対応するしくみを構築する必要があります。その際には高齢者福祉の核である自治体の責任範囲を明確にして、地域包括支援センターを単位とした地域で、コミュニティ形成に寄与する市民やNPOとの「共助」の創生を促進すべきです。

### おわりに

介護保険制度を、今後も、持続・発展させるためには、利用者の立場から国民の目線で制度・政策を考えていくべきと考えます。加えて、制度の見直しに当たっては、基本的理念である人間の尊厳を前提に、利用者やその家族のケアも含め人命尊重に配慮すべきです。

最後に、介護保険制度のように社会保障制度の重要な部分をなす制度の大幅な改定にあつては、政権政党のリーダーシップの下で超党派の合意形成が重要であると考え、その実現のためにすべての政党が協力されることを切に希望します。

以上

本提言書に関するお問い合わせは、下記 事務局にお願いいたします。

介護保険を持続・発展させる 1000 万人の輪 事務局 (委託先): 特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会 〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-8 日本女子会館 1F Tel: 03-6809-1091 Fax: 03-6809-1093 【 e-mail 】 <a href="mailto:kaigo@1000man-wa.net">kaigo@1000man-wa.net</a> 【HomePage】 <a href="http://1000man-wa.net">http://1000man-wa.net</a> 担当: 福原 秀一 ( <a href="mailto:fukuhara@seniornet.ne.jp">fukuhara@seniornet.ne.jp</a> )
--

「介護1000万人の輪」のビジョンと目標をつぎのようにします。

## 介護保険をよくするために

## 介護を社会の柱に据えるために

# 3つのビジョン、5つ星の行動目標

### 3つのビジョン

1. 介護保険は人生100年のセーフティネット。機能強化をすすめよう。
2. 介護保険から始めよう、地方分権・参画型デモクラシー
3. 地球まるごと高齢化時代。人間の命を守る介護の質を高め超高齢国日本から世界に発信しよう。

### 5つ星の行動目標

1. わかりやすくシンプルな制度に  
利用者である高齢者が理解し、自ら選択できる制度に。現状は複雑すぎます。
2. 利用者・市民の声が反映できる仕組みを明確に  
「1000万人の輪」では現場の声をもとに研究をすすめ提言します。当事者の思いがつねに伝わり、反映できる制度を求めます。
3. ひとりぐらし、低所得者、老老、認認介護の増加。利用者側の変化に応じた切れ目ないサービス提供と適切な費用負担の在り方  
日本の人口構造・世帯構造は急変しています。変化に対応したサービスと費用負担のあり方が必要です。介護格差をひろげてはなりません。
4. 良質な介護人材の確保と介護職の地位向上、専門職間の連携強化  
介護はあくまでも人間が人間に対する営みです。介護する人が幸せでなければ介護される人も幸せにはなりません。
5. 介護を軸とした新しい地域の創生  
自助・協助・公助、医療と福祉の連携、企業の協力、学校などの社会資源を活用し、世代間交流をすすめ、あらゆる世代のしあわせを支える地域ルネッサンス。

2010年4月26日

厚生労働大臣  
長 妻 昭 様

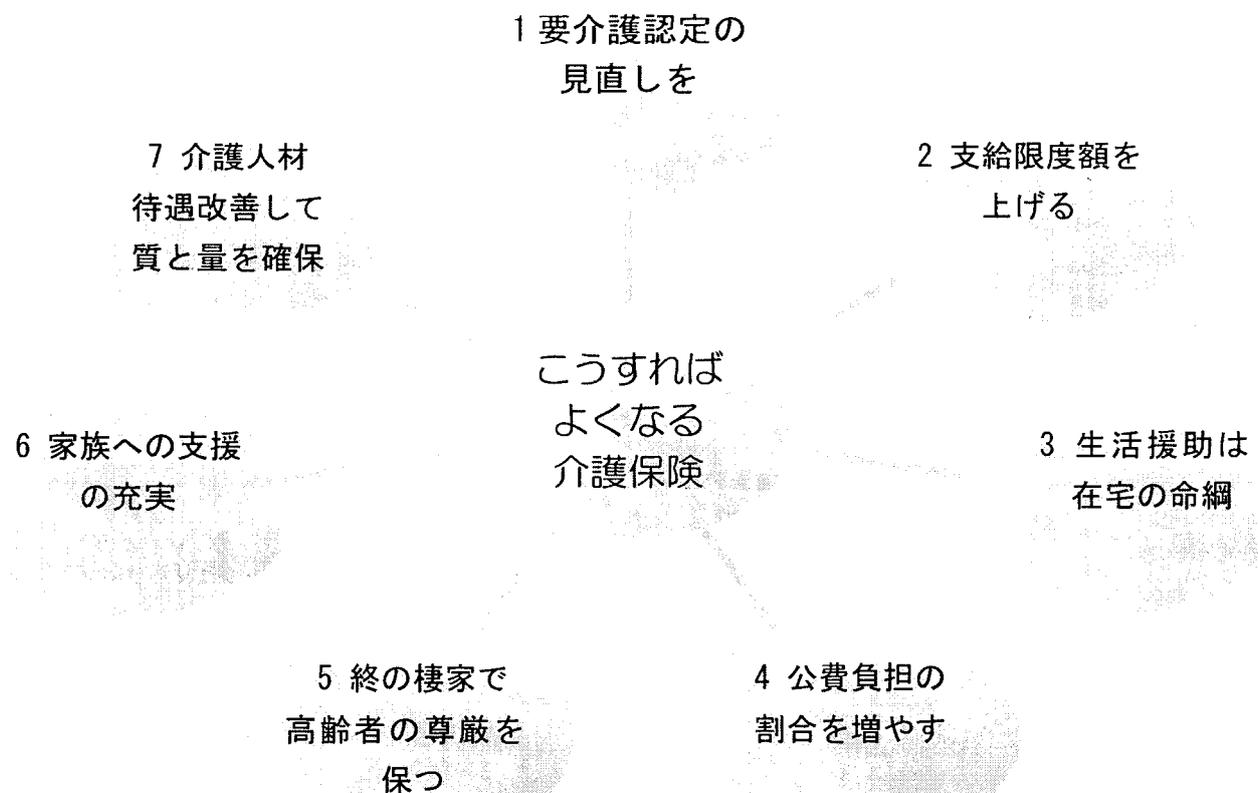
NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会  
理事長 樋 口 恵 子

介護保険は栄養失調→日本の老いを支える新たな覚悟が必要です

介護保険制度施行10年、制度は普及し利用も拡大・定着しているものの、2度にわたる改定を経て利用者・関係者から不満の声が上がっています。基本的に高齢化のスピードに追いついていません。

「高齢社会をよくする女性の会」は昨年11月、47都道府県の会員と会員周辺の介護保険関係者を対象に、各地域における介護保険制度の実態と問題点について調査を行いました。

「頼りになる愛される介護保険」そして「わかりやすく使いやすい介護保険」にするために、調査結果を踏まえ次の政策を実現するよう要望します。



## 1 要介護認定は必要ですが、見直しはもっと必要です

### こんな意見がありました

- 1) 誰のための認定調査か  
家 族：入退院を繰り返しているが要支援1。誰のための認定調査か。
- 2) 経費と時間と手間がかかりすぎる  
事業者：要介護認定は大変な金と時間と手間がかかりすぎる。
- 3) 要介護認定は必要  
家 族・事業者：介護専門職だけで介護認定を行うことは公平性が心配。
- 4) 要介護認定は止めて、担当者会議などでチェックを  
家 族：正直、善意、客観的に判断する人による担当者会議ならば大賛成。

### こんな制度に見直しを

- 1) 介護度は3段階にわけ、サービス内容は当事者に任せる。
- 2) 将来的には、地域包括支援センターなど公的な責任を持てる機関が担うことが望ましい。
- 3) 権限と責任を有する専門家の養成が必要。

## 2 支給限度額を上げる — 在宅生活継続のために

### こんな意見がありました

- 1) 支給限度額は上げたほうがよい  
家 族：支給限度額内では十分な介護ができない。家族の負担が増すばかり。  
事業者：要介護5の方は1日3回の食事や排泄の介助を依頼するだけで限度額を超えてしまう。必要がある場合は、上げてほしい。  
市議会議員：もう少し利用すればよくなる場合でも限度額を超えると全額自己負担のため利用を諦めて状況が悪くなることが多い。  
民生委員、医師、事業者、家族：支給限度額内では一人暮らしは無理。
- 2) 支給限度額を上げると財源がパンクする。低負担高福祉はありえない。

### こんな制度に見直しを

- ・ 在宅生活を継続するために 支給限度額を上げる。

### 3 生活援助は在宅の命綱

#### こんな意見がありました

##### ☆ 介護保険から外してはならない

利用者：生活援助がなければ他に人手を考えねばならない。外さないでほしい。

同居家族がいても生活援助は受けられて当然（働く家族・老老家族）。

事業者、介護職員、元教員、医師、民生委員：

- ・一人暮らしの高齢者にとっては、生活援助は居宅で暮らせる命綱。
- ・少しの支えがあれば、わが家で生活できる。外してはならない。
- ・在宅サービスを充実させることは特養待機者の減少につながる。

##### ☆ 公費負担の場合の問題点

市議会議員、民生委員、事業者、成年後見人：

- ・サービス利用に行政のブレーキがかからないか。
- ・一部の人しか受けられないサービスとなる危険がある。
- ・地域差が生じる恐れがある。

##### ☆ 生活援助は公費負担としたほうがよい

看護師、ケアマネジャー：便利だから使う人がいる。

#### こんな制度に見直しを

- 1) 生活援助は介護保険から外してはならない。
- 2) 介護保険、おひとりさま仕様を一つの柱に。
- 3) 介護保険、働く家族仕様を一つの柱に。

### 4 財源について私たちは こう考えます

#### こんな意見がありました こんな制度に見直しを

- 1) 公費の割合を増やす。現在の5割をまず6割に。
- 2) 介護保険の歳出入をわかりやすく公表し、予算の無駄を排除する。
- 3) 消費税率を含め、税制など財源のあり方を検討する。
- 4) 介護貧乏・介護破産ということばが生まれている。保険料天引き、利用料払えず、高負担低福祉の低所得者層へ配慮を。

## 5 終の棲家で高齢者の尊厳を保つ

### こんな意見がありました

- 1) 施設か在宅か選択できるようどちらも供給の拡大が必要。
- 2) 施設の住宅化、在宅の施設並み安心化を。
- 3) 施設のあり方を地域の気候風土に合わせて地方に任せる。
- 4) 高齢者が火災死亡事故などの犠牲にならないよう、住みなれた地域で安全確保。

### こんな制度に見直しを

- 1) すべての介護施設で、一人当たり居住空間を住生活基本法に定める25㎡に。
- 2) 特別養護老人ホームの多床化等は時代に逆行。高齢者の人権として終の棲家の確立が必要。
- 3) 都道府県に適合高齢者専用賃貸住宅の届出をせず介護サービスを提供する高齢者専用賃貸住宅については、有料老人ホームの届出をするか、特定施設として指定事業者になるよう指導を。
- 4) すべての都市計画で高齢者住宅を核とした人生100年型仕様を。
- 5) 施設での人員配置基準の見直しを。入居者は重介護化しているのに、介護職員配置は昔のまま。コンクリートから人へ、の「人」はまさにここにあり。
- 6) グループホームを低所得者層が利用できる価格設定に。

## 6 家族への支援の充実

### こんな意見がありました

- 1) ショートステイの確保が大変。ショートが定期的に使えれば在宅が長期化する。
- 2) 認知症でも在宅できる実質的な家族支援。
- 3) 家族が休めるレスパイトケア（息抜き休暇）の確保。
- 4) 介護家族の健康保持の機会提供（検診・通院時の一時預かりなど）。
- 5) 介護家族当事者グループの支援。
- 6) 介護家族の各種相談、研修、介護終了後の就労機会の提供。
- 7) 現金給付には反対の声が多い。

### こんな制度に見直しを

- 1) 病院への付き添い、買い物への付き添いが可能な介護保険に。
- 2) 家族介護者が就労継続できるよう、介護休業制度の抜本的見直し。労働部門との提携により「介護と仕事の両立」を。
- 3) 家族が倒れたら待たなして代替え出来る救急制度を。
- 4) デイサービスセンターを利用したショートステイの拡充。認知症の人には慣れた場所や職員が何より。

## 7 介護人材 — 待遇改善して質と量を確保

### こんな意見がありました

- 1) 介護に直接かかわる人に賃金アップ。
- 2) 加算でなく全体引き上げへ。
- 3) 勤労者平均年収450万円を目標に。
- 4) 介護人材賃金引き上げの長期的保障。
- 5) 研修・資格取得に公費を。

介護職への参入経路の多様化（中高年層・主婦層など）の確保。

### こんな制度に見直しを

- 1) 介護職員への賃金アップが、介護報酬にはね返らない仕組みを。
- 2) 介護保険外で老いを支える人材も必要。  
地域で助け合い要員を確保するための方法と試算を。

☆そのほか多くの意見・提言がありました。

特養ホーム待機者解決策：余力のある特養に自前で少数の増室建設を認めてほしい。

全国集めればかなりの数になる。（特養ホーム経営者）

手続きをシンプルに：書類の数を減らすこと、内容を分かりやすくすること。

要支援←→要介護の変更の書類は最低限に。

当事者の学習も必要：一人暮らし高齢者をはじめ介護保険の情報が少ない。

もっと学習の機会、情報伝達の努力を。

福祉用具について：介護従事者の腰痛等職業病予防のためにも福祉用具の利用を。

介護政策を総合的に：すべてを介護保険だけでは無理。食はコミュニティレストランの開発を。一人分だけ栄養豊富には無理。買い物、移動、障がいがあっても掃除などできる機器の開発など、テクノロジーを含む社会資源開発による町づくりを。

詳しくは、「介護保険制度の実態と問題点に関する調査〈概要〉」をご覧くださいければ幸いです。

以上

NPO 法人高齢社会をよくする女性の会

〒160-0022 新宿区新宿 2-9-1-802

Tel 03-3356-3564（月、水、金） Fax 03-3355-6427

E-mail : [wabas@eagle.ocn.ne.jp](mailto:wabas@eagle.ocn.ne.jp)

URL : <http://www7.ocn.ne.jp/~wabas/>

# 介護保険制度改正への提言

—要介護認定の廃止など利用者本位の制度に—

2010年6月 公益社団法人 認知症の人と家族の会

2000年の介護保険制度発足は、日本の福祉制度のあり方を根本的に変える出来事でした。介護を家族だけの負担から社会で支える仕組みに転換する、必要な負担もする、そのために保険制度による新しい制度をつくる、という方向を日本の国民が選択したのです。「家族の会」が1980年の発足以来求め続けてきた介護の社会化が、20年の歳月を経て、やっとその出発点に立ったのです。

具体的に制度が発足してその成果には確かな手ごたえがありました。新しい時代が始まったと実感することが出来ました。介護保険制度は、今後もたゆむことなくさらに充実発展させてゆくべき制度です。その方向は次のとおりであるべきと考えます。

- 一 必要なサービスを、誰でも、いつでも、どこでも、利用できる制度
- 二 わかりやすい簡潔な制度
- 三 財源を制度の充実のために有効に活用する制度
- 四 必要な財源を、政府、自治体が公的な責任において確保する制度

そのために、2012年の制度改正において次のとおり実施するよう提案します。

- 1 要介護認定を廃止する。  
まず認定から出発するのではなく、暮らしの中での介護の必要性から出発する制度にする。
- 2 介護サービスの決定は、保険者を加えた新たなサービス担当者会議の合議に委ねる。
- 3 介護サービス情報の公表制度は廃止する。
- 4 介護サービス利用の自己負担割合は1割を堅持する。
- 5 財源の内、公費負担率を6割に引き上げる。
- 6 介護サービス利用者に、作業報酬を支払うことを認める。

---

「家族の会」は、2007年11月にこれまでの「要望」に代わって、初めて「提言・私たちが期待する介護保険」を打ち出しました。その中で5つの基本的な考え方及び現行制度に対する具体的な改善提案を示しました。そして、2009年6月には同年4月の改定の結果を踏まえてその一部を修正すると共に、時代の要請を受けて財源に踏み込み、「高福祉応分の負担」を盛り込んだ「2009年版」を発表しました。2012年の改正に向けた今回の提言、提案はすべてこの「2009年版」の上に成り立っています。

提言・私たちが期待する介護保険 2009年版 (2009.6 発表)

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児

から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定の結果を踏まえて、次のように提言します。

### 基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ  
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること  
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること  
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を継続的に図ること  
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を継続的に図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ  
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること
- 6 高福祉を応分の負担で  
「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること。心にゆとりを持って安心して生活することができ、「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること

### 具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には、要介護1以上の認定とする
- 4 若年期認知症の人が仕事を続けられるよう支援する体制をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 地域包括支援センターの全てに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からはずす
- 6 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする。サービス利用に至るまでの相談支援にも報酬を認める
- 7 介護従事者の賃金、労働条件の改善を継続的に図るために、利用者の負担を増やすことなく、必要な対策を講ずる
- 8 要支援1、要支援2も介護保険給付の対象とし、予防事業は一般財源で行う
- 9 療養病床の利用者には、制度の推移にかかわらず、現状と同等の必要な医療と介護を保障する
- 10 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 11 すべての都道府県、政令市に「認知症コールセンター」が速やかに設置されるよう必要な措置を講ずる
- 12 小規模多機能型サービスが安定して運営できるよう、必要な措置を継続的に講ずる
- 13 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

2010年4月1日

厚生労働大臣  
長妻 昭 殿

UIゼンセン同盟  
日本介護クラフトユニオン  
会長 河原 四良

## 良質のサービスを提供するために

### —介護最前線からの提言書—

#### はじめに

UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン（略称NCCU）は、これまで政府に対し介護従事者の処遇改善について要請等を行ってきたところであり、2009年は、国の政策を基にした介護従事者の処遇改善が実質的に動き出した年でした。

しかし、処遇の改善はまだ端緒についたばかりであり、全産業平均賃金の水準には未だ遠く、現場の従事者も大きな不満と不安を持っています。このことは、依然解決しない離職率の高さにつながる問題であり、早急に国の力強い後押しが必要です。

また、良質のサービスを担保するためには、現場の従事者が抱える問題の解決にそのヒントがあります。NCCUには、多くの課題解決への意見が現場から寄せられています。

そこで、NCCUは、2012年の介護保険制度の改正と介護報酬の改定論議が本年中にも開始されることを受けて、以下のとおり介護最前線の声を集約した12項目の提言をいたします。

#### 1. 介護従事者の処遇改善について

介護従事者が、希望と誇りを持って働くための賃金水準は、『全産業平均以下であってはならない』と考え、介護保険制度の下で働く人たちは、誰でも真面目に働けば、日本の労働者が平均的に受け取っている賃金水準を確保されるべきである。

このことは、仕事への意欲を支え、結果としてサービスの質の向上、雇用の安定、人材確保につながる。

NCCUは、厚生労働省の「賃金センサス」を根拠として、「常勤者（月給者）年収450万円以上、非常勤者（時給者）は均等待遇で、時給1800円以上」と設定している。また、管理職等、重責にある者についての賃金水準は、より高い設定が求められる。

### **(1)介護職員処遇改善交付金の扱いと公約実現**

国は緊急経済対策の位置づけとして、2009年10月から「介護職員処遇改善交付金」事業を始めた。

しかし、この交付金事業は2012年3月までの限られた事業であり、それ以降の対応は白紙状態である。また、交付金の対象者が介護職員に限定されていることも大きな問題と認識している。

したがって、介護職員処遇改善交付金については早急に介護職員の限定枠を解除するとともに、2012年以降は、現状の介護職員処遇改善交付金の予算額を確保した上で、基本介護報酬単価として反映させるべきである。

また、「介護従事者の賃金を4万円引き上げる」との民主党の政権公約については、早急に、介護従事者の賃金増を担保した公約実現への工程を明確に示すべきである。

### **(2)キャリアパスの推進**

キャリアパスは、介護従事者が進む能力アップの段階的な道筋（経歴）を示すものであり、その段階を処遇上で適切に評価することにより、介護従事者のモチベーションや職業的地位の向上、またサービスの質の向上にも大きく寄与するものと考えられる。

こうした観点から、国は、キャリアパスを導入し積極的に処遇の改善に結びつけている事業者を評価する仕組みを構築すべきである。また、個々人が培ってきた能力や資格を適切に認証・評価する公的なシステムづくりを急ぐべきである。

## **2. 介護福祉士試験の受験回数と受験地の拡大について**

国家資格である介護福祉士は、全国統一で年1回同一日にしか受験日が設定されておらず、同一事業所で複数の受験者がいる場合は代替人員の手配にも苦慮しており、一部では受験を諦めざるを得ない現状にある。

さらに受験地も限定され、受験地に赴くための時間的・身体的・経済的な大きな負担を余儀なくされている。

「将来的には介護福祉士を基本とすべき」と厚生労働省がサービスの質を担保するための方向性を示すならば、介護福祉士試験の回数と受験地を早急に拡大すべきである。

## **3. 事務作業の簡素化について**

介護保険制度の複雑化に伴い、事務作業もますます煩雑化している。昨年の報酬改定は加算中心であったため、「加算」に連動した事務作業がさらに増大した。その結果、現場では介護従事者の過重労働に繋がっている。

したがって、帳票類とその事務手続きを見直すことによって事務負担を軽減し、効率的な介護サービス提供の促進につなげるべきである。

#### 4. シンプルな制度への転換について

制度改正や報酬改定のたびに介護保険の仕組みは複雑になり、利用者や家族ばかりでなく、介護従事者でも理解することに困難さがある。このことは、サービスの質の後退に結びつくことにもなる。社会や現場に支持され、サービスの向上に結びつけるためにも、制度や報酬をより簡素で分かりやすい内容へ転換するべきである。

##### (1) サービス区分の一元化

訪問介護サービスは、「身体介護」を利用している場合でも、「生活援助」と一体的にサービスが提供されている場合が多い。

現場の介護員からは、「身体介護」も「生活援助」も同様のレベルの能力と気配りを必要とする、との意見が多数聞かれる。また、区別すること自体が介護の本質からは無理がある。

したがって、現行の「身体介護」と「生活援助」というサービス区分を一元化し、個々人の状況と目的に沿ったサービスを提供するべきである。

##### (2) 認定区分の簡素化

本来、介護は、利用者の心身の状態や居住環境、さらに家族状況等を検証し、現実に即したサービス提供がなされるべきであり、ケアプランは、介護の本質の観点から、認定区分を介して立てられるべきではなく、ケアマネジャーの検証による総合的な判断で、一人ひとりの個別のニーズと実情において作成されるべきである。

こうした観点から、介護認定区分は介護の本質論、財源論、ケアマネジャーの力量等を勘案し、将来的には撤廃を睨みつつ、軽度、中度、重度の3区分程度に簡素化すべきである。

#### 5. 区分支給限度額の上限の引き上げについて

昨年の介護報酬改定では、利用者の区分支給限度額は見直しがされなかったため、様々な弊害が出てきている。

事業者が加算を取ると利用料に反映されるため、利用者の自己負担額が増えてしまうケースや、反対に、自己負担額を抑えようとしてサービスの時間や回数を減らさざるを得ない事態に陥ったケースも生じている。

したがって、利用者が満足なサービスを受けられるよう、区分支給限度額の上限を見直し、適切な金額まで引き上げるべきである。

#### 6. 要介護認定の精度の向上について

認定調査については、全国統一された基準で審査されることが基本原則だが、実態は地域間や認定調査員の力量によって公正とはいえない状況が発生している。

また、要介護認定に大きな影響を与えると言われる「主治医の意見書」についても、主治医が本人の状態を十分に確認せず意見書を作成し、その結果、利用者に適合した介護度が出ず、必要なサービスを受けることができない実態がある。

したがって、認定調査員への徹底した研修・養成による質の向上を図るとともに、主治医への研修内容の充実にさらなる力を注ぐべきである。

## 7. 医療外行為の検証と拡大について

介護職が医療行為を行うことは禁止されているが、慢性的な看護師不足という背景の下、介護職が利用者や家族から請われて医療行為を行わざるを得ない状況が散見される。療養病床が廃止ともなれば、必然的に医療行為を必要とする利用者が増えることは間違いない。

こうした課題の解決策として、国は医療外行為の範囲を検証し、拡大する方向を示すべきである。その際には、介護従事者が実施する場合の教育研修制度と介護報酬上の評価は確立されなければならない。

## 8. 介護度改善に対する評価について

介護の現場では、適切なサービスや良質なサービスを提供することの結果として、利用者の要介護状態が改善することがしばしばある。

しかし、要介護度区分の軽度化への変更は、介護報酬の収入が減額になることを意味し、介護従事者の処遇にも影響する。

このことは、介護従事者のモラルにも影響するばかりではなく、サービスの質の向上にも波及することであり問題である、との指摘は以前から多い。

したがって、要介護者の状態が軽度化したケースに対して、介護報酬上で適切に評価する仕組みを作り上げるべきである。

## 9. 介護施設における人員配置基準について

現在の介護施設の人員配置基準は、看護職員と介護職員の常勤換算で3対1となっているが、この配置基準では利用者に行き届いたサービスが提供されない。特に夜間看護体制の希薄さは、加算措置が導入されても、介護職員は緊急対応などの不安さから解放されていないのが実情である。

今後、入所者の重度化や認知症高齢者の増加、また、ユニット方式の普及などを考えたとき、現状の配置基準は早急に是正されなければならない。

また、環境の変化に影響を受けやすい高齢者は、夜間・深夜に急変することも多いことから、介護従事者は休憩時間も取りづらく、常に緊張状態のため心身に疲労が蓄積され、結果として介護事故が誘引されやすい。

したがって、介護施設における人員配置基準は2対1に見直すとともに、夜間体制あるいは夜間看護体制における介護報酬を、大幅に引き上げるべきである。

## 10. 制度を持続させるための公費負担割合について

現在、介護報酬の財源（利用者負担除く）は、公費と保険料各々50%で支えられている。サービスの充実、介護従事者の処遇改善のためには、介護報酬の引き上げは避けられないと考えるが、保険料の負担も限界に来ている。また、サービス利用者の自己負担は1割を維持されなければならない。

したがって、介護報酬を引き上げる場合は、公費負担を当面60%とした上で徐々に増やしていき、介護保険制度の財政基盤を強化していくべきである。

## 11. 介護従事者の確保と定着について

介護保険制度を支える介護従事者の育成と定着率の向上を目指し、不況下での雇用の受け皿としての認識ではなく、今後必要な基幹業務および発展する業態としてのトライアル（学生の現場経験や必須科目としての位置づけ）、労働条件および労働環境の改善を通じた社会的地位の向上を図る諸施策の充実を行うべきである。

## 12. 悪らつ事業者の排除について

現在国は、介護従事者の処遇改善や雇用安定を図るため、様々な施策を講じている。

しかし、介護事業者の一部には「介護は社会奉仕であるから、サービス残業は当たり前だ」「処遇の決定は事業主が決める」「事業主の方針にそぐわない介護従事者は必要ない」など、旧態依然の事業者の存在が散見される。こうした事業者は健全な介護保険制度の推進に大きな障害である。

したがって、労働基準法を始めとする労働関係諸法規に抵触するような悪らつな介護事業者に対しては、事業の一時停止や許可取下げなど罰則を科すよう、介護保険行政とともに労働行政からの指導を強化すべきである。

## 終わりに

介護保険制度を作り上げていくためには、利用者や従事者の立場からの声はとても重要なものであり、何よりも一番の説得力を持っています。

介護業界全体の労働環境の改善は、結果としてサービスの質の向上につながることは間違いありません。

厚生労働大臣におかれましても、今回の提言を制度改正に向けての現場の声として受け止めていただき、今後も国として尽力をお願いいたします。

以上