

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 聰子	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 ・高橋紘土委員
第 3 回	10 月 15 日	多様な住まいの確保 プレゼンター ・園田真理子氏(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 ・栗田主一氏(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 ()
第 9 回	3 月 12 日	まとめ ()

(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る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 of 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。

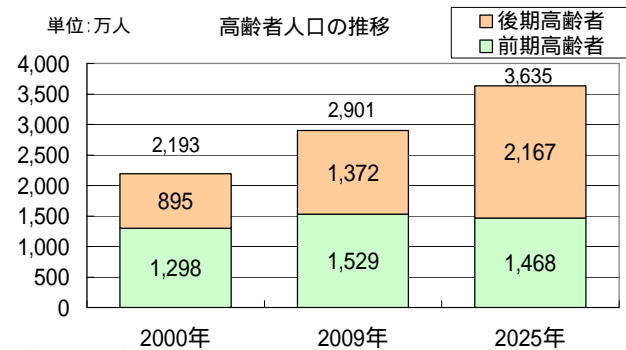
(1) 介護保険制度の実施状況と2025年の超高齢社会

高齢化の状況

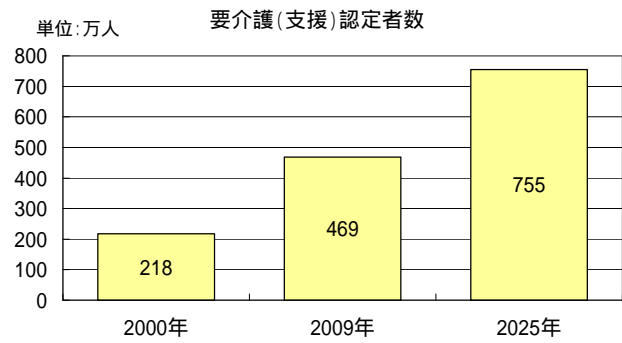
(高齢者人口と要介護(支援)認定者数)

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

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	26	30	+4	+13.4%	43
山形県	32	36	+4	+12.2%	44
高知県	22	24	+3	+11.8%	45
秋田県	32	35	+4	+11.8%	46
鳥取県	21	23	+2	+8.8%	47

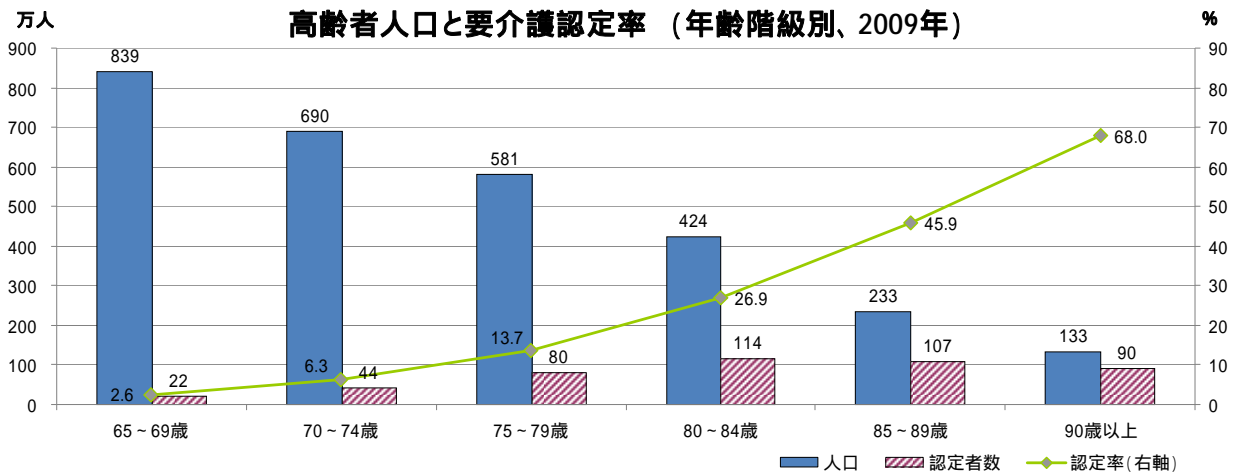
都道府県	2008年	2025年	増減	増減率	増減率順位
(全国)	1,322	2,167	+845	+63.9%	-
埼玉県	53	120	+68	+129.1%	1
千葉県	51	107	+57	+112.2%	2
神奈川県	72	147	+75	+104.8%	3
大阪府	77	151	+74	+96.2%	4
鹿児島県	60	115	+55	+91.5%	5
(東京都)	(116)	(206)	(+90)	(+77.8%)	(6)
鳥取県	8	10	+2	+26.9%	43
秋田県	16	20	+4	+25.2%	44
鹿児島県	24	29	+5	+19.5%	45
山形県	17	20	+3	+19.2%	46
鳥取県	12	14	+2	+18.7%	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 - 平成19年5月推計 - 」(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：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 - 平成20年3月推計 -」

	(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：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 - 平成20年3月推計 -」

（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末現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲)					
		居宅	特別養護 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 以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度 以上	79	28	20	13	8	11

「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 以上	1.49	1.69	2.08	2.50	2.89	3.23	3.53	3.76	3.85	3.78
	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 以上	7.9	9.0	11.1	13.5	15.7	17.6	19.2	20.5	21.2	20.8
	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 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。

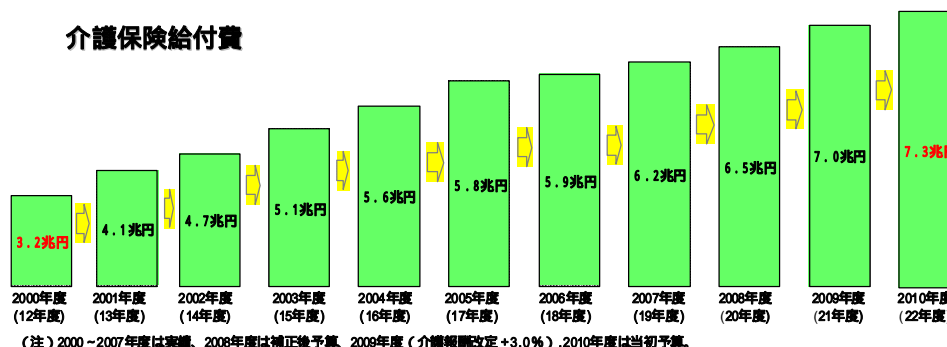
出典：平成15年6月 高齢者介護研究会報告書

給付と負担の状況

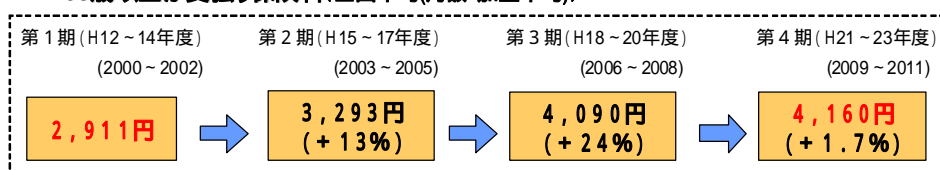
介護保険の給付費は、制度が始まった2000年度には約3.2兆円であったが、2010年度には約7.3兆円になる見込みであり、10年間で2倍以上に増加している。このように給付費を大幅に増やして介護サービスを拡充できたことは、社会保険方式による介護保険制度を導入した成果として、あらためて高く評価すべきである。

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



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。

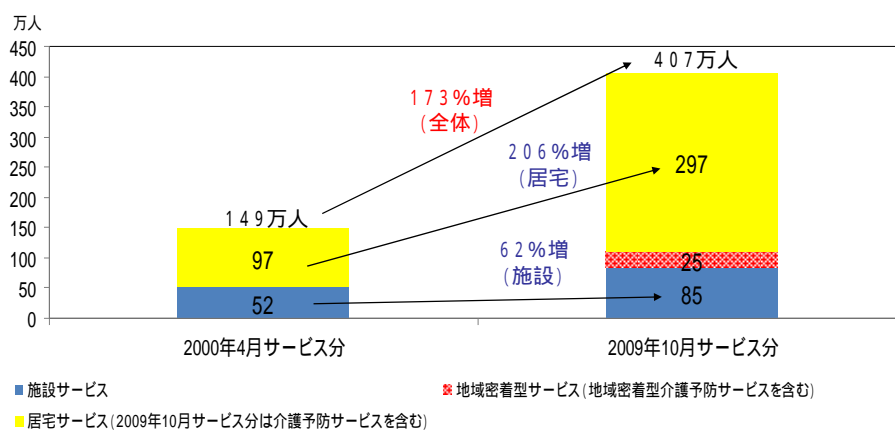
仮に19兆円から24兆円程度の総費用を現行の介護保険の財源構成のままで賄おうとした場合、2025年の保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

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)

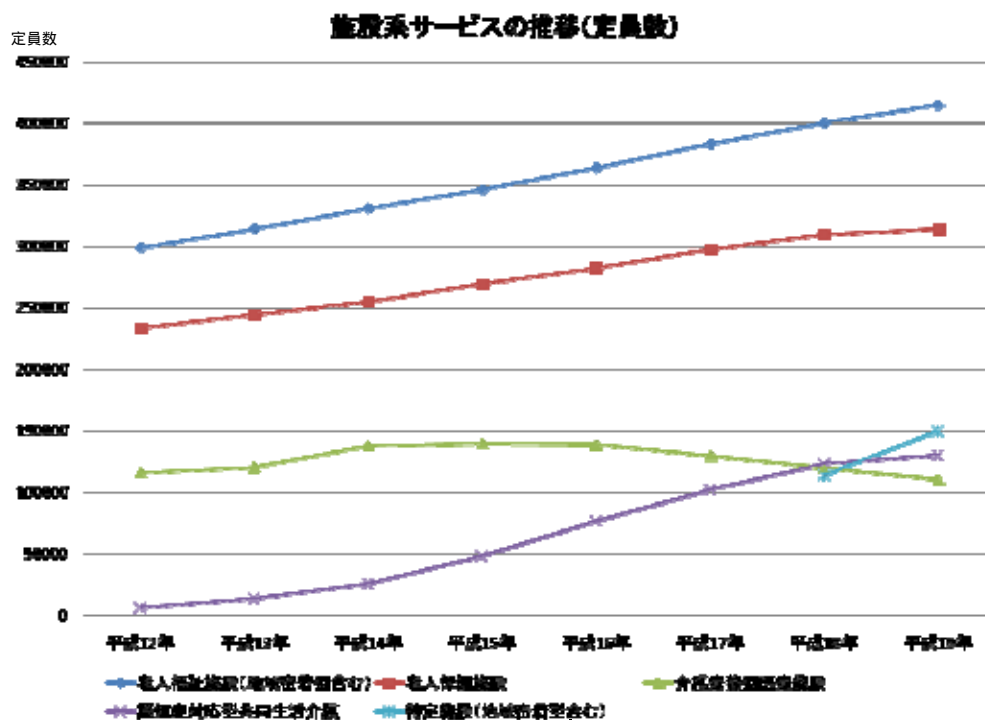
介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。各サービス受給者の合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

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%

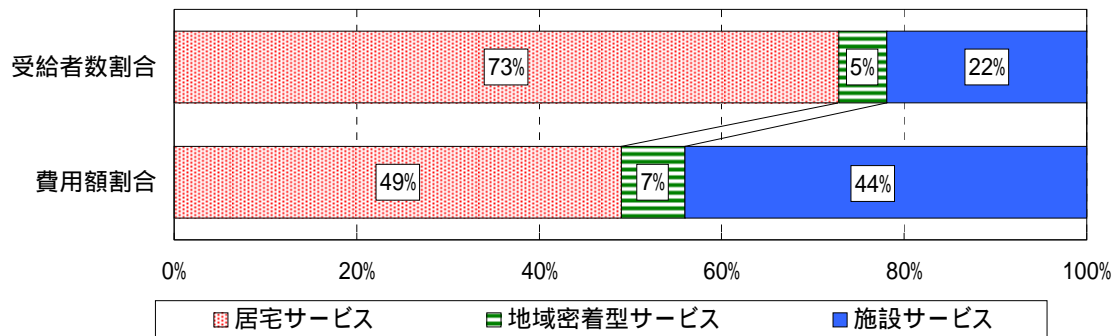
- 1 受給者数は、平成21年度介護給付費実態調査（平成21年10月審査分）による。
なお、月の途中で要介護から要支援（その逆も同じ）に変更となった者を含む。
- 2 第1号被保険者数は、28,050,568人（平成20年12月末） 出典：介護保険事業状況報告
- 3 要介護認定者数は、4,644,359人（平成20年12月末） 出典：介護保険事業状況報告



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。

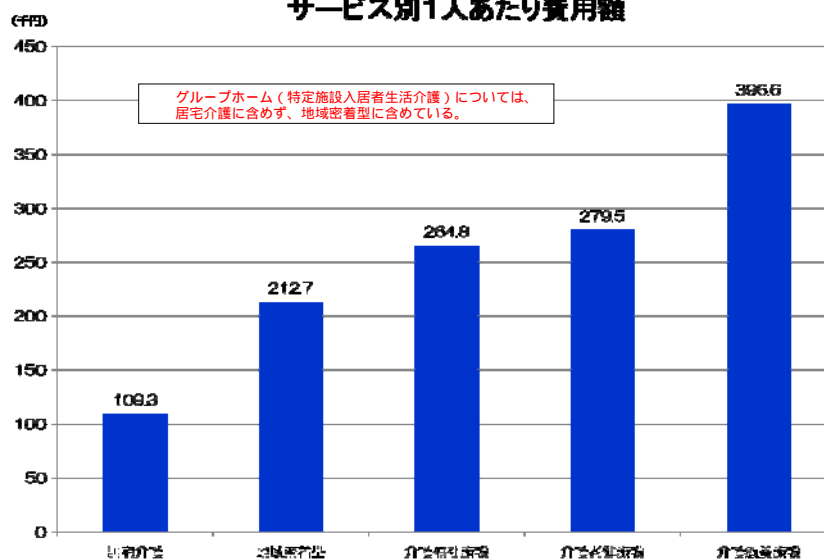
サービス種類別受給者数割合と費用額割



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



出典：平成21年度介護給付費実態調査（平成21年4月審査分）（厚生労働省大臣官房統計情報部）

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。

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¹。

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²、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³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⁴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

-
- ¹ 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。
 - ² 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。
 - ³ 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。
 - ⁴ 「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⁵、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】⁶ 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⁷、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⁸。

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。

⁵ 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。

⁶ 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。

⁷ 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。

⁸ 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⁹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】¹⁰

		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、「利用者に必要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。

⁹ 「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。

¹⁰ 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¹¹。

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

¹¹ 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。

2025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】

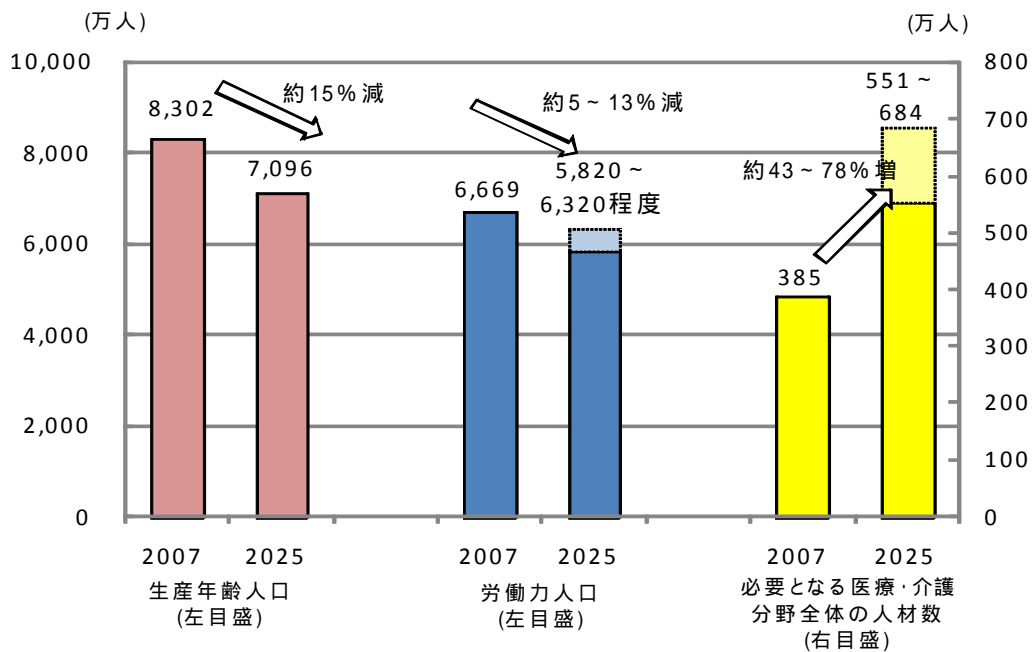
シナリオ		人材数の試算
現状投影シナリオ	Aシナリオ	551.1万人 ～ 563.8万人
改革シナリオ	B1シナリオ	一般病床の機能分化を行うとともに、在宅医療・居住系サービス・在宅介護サービスの充実等を図るシナリオ。 627.8万人 ～ 641.3万人
	B2シナリオ	B1シナリオを更に推進し、現在の欧米の水準まで高めるとともに、地域ケア体制の機能強化を行うシナリオ。 663.7万人 ～ 678.7万人
	B3シナリオ	急性期について更に機能分化を徹底するシナリオ。 669.1万人 ～ 684.4万人

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¹²。

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。

¹² 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

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(生活の継続性、 自己決定の尊重、 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。

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。

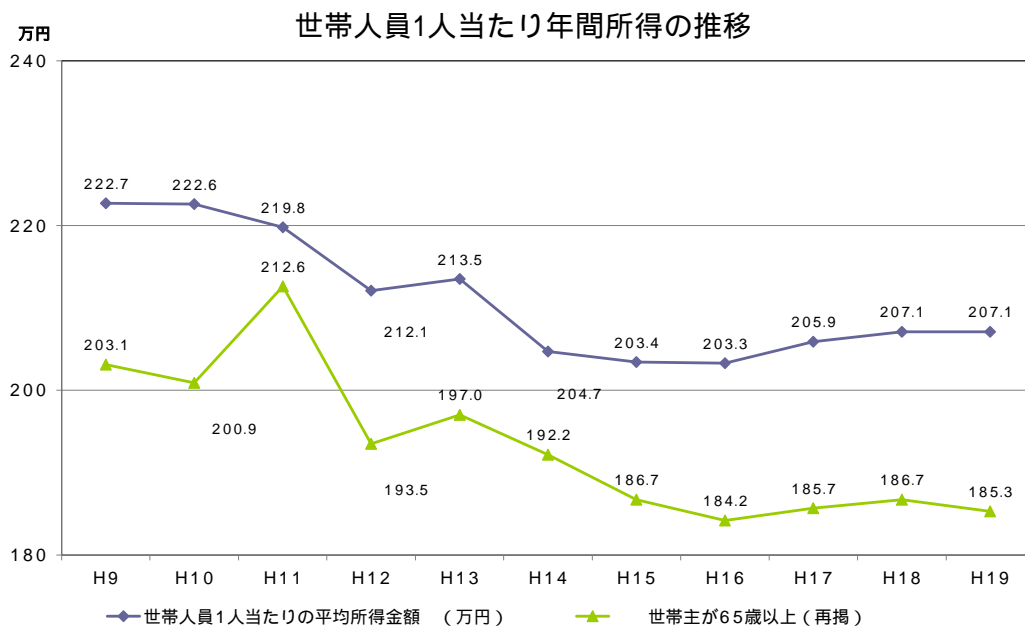
財源論を考える際に重要なことは、誰が負担するにせよ、自ずとその負担能力には限界があるということである。それでもなお一定の負担増が必要だとすれば、サービスの利用者であり、かつ、費用の負担者でもある国民に開かれた形で議論を進め、今日において適当と思われる給付と負担のバランスの取れた水準を見出し、その実現に向けて給付の優先順位を明確にして、選択と集中を進めていくことが求められる。

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。

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の指摘もある。

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、教育・職業訓練などを通じた参入支援、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¹³など定着へのインセンティブの付与、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。

¹³ 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、

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

事業者による雇用管理・組織経営等

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、I A D L¹⁴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 N P O 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

¹⁴ A D L 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、I A D L 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り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り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り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る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る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る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「ケアが組み合わせられた集合住宅」として位置づけられている。

「ケアが組み合わせられた集合住宅」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

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

) 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¹⁵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。

¹⁵ 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。

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

【介護職など】

	現在	2025年	
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・<u>家事援助</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u> ・<u>要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施¹⁶</u> ・<u>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）</u> ・<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>
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・<u>家事援助</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u>
日常生活の支援（民間事業者・NPO等）	<ul style="list-style-type: none"> ・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>家事援助</u> ・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション 	

（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。

¹⁶ 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。

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。

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

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、住み慣れた地域や住居での生活の継続、本人の選択、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。

地域包括ケアを支えるサービスの在り方

）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主においても同様の取組みが必要である。

）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ます。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。

）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) 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 - 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。

）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。

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。

(I T 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、I T 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、I T 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

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

) 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¹⁷。

- ・ 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。

）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）・

¹⁷ 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。

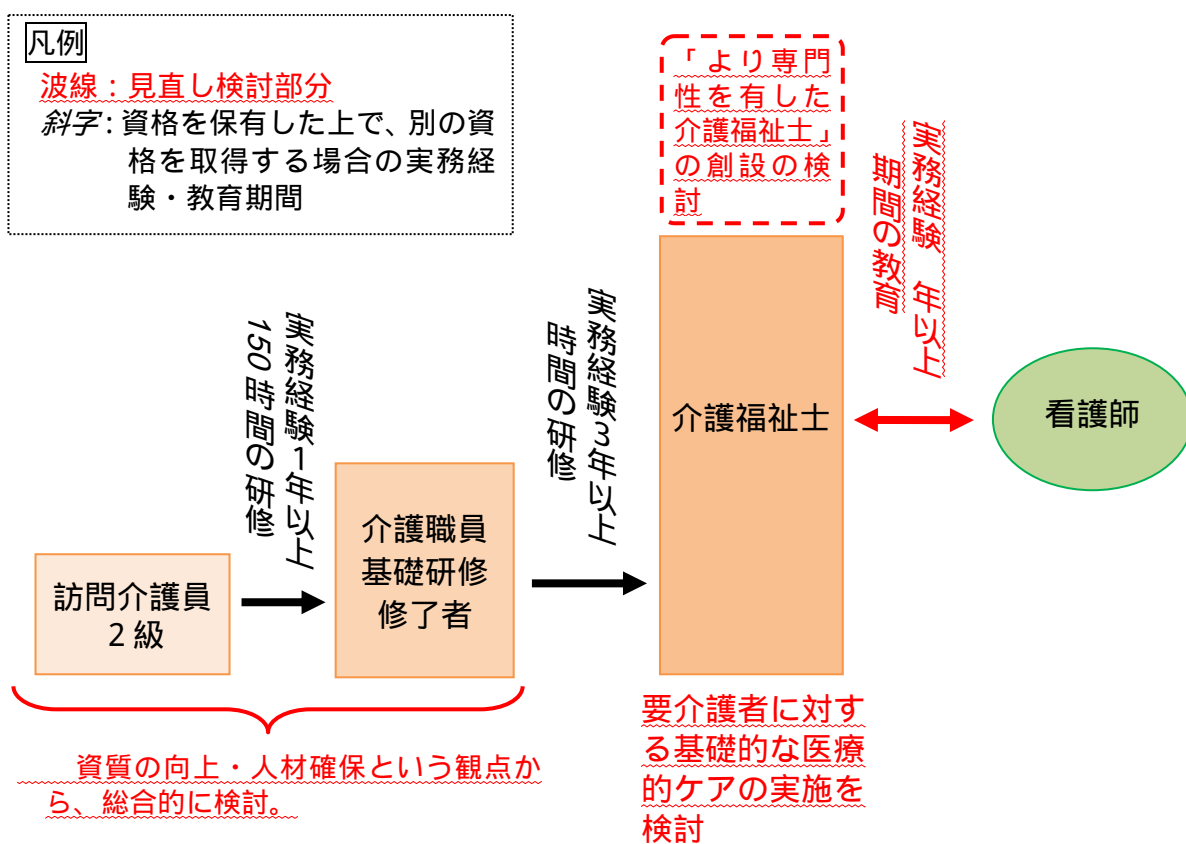
なお、「医行為」については、「当該行為を行うに当たり、医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」（平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長通知）と解釈されており、この解釈に従って、長年の議論を経て、個別の行為が医行為であるかが判断されている。

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と。

【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）】



）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¹⁸

介護支援専門員の資質の向上¹⁹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。

¹⁸ 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。

¹⁹ 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。

）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。

事業者による雇用管理・組織経営等の改善

）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るべきである。

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。

）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。

）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。

）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²⁰。

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。

）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。

介護労働市場全体の労働環境整備

）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

²⁰ 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。

）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。

）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行うべきである。

）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、従業者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。

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。

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。

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。

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。

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慮す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。