

老人の専門医療を考える会 第32回全国シンポジウム

医療と介護の「絆」を考える

～ 行政の立場から ～

平成21年11月14日

厚生労働省 老健局 老人保健課
小林 秀幸

地域包括ケアへのこれまでの道筋()

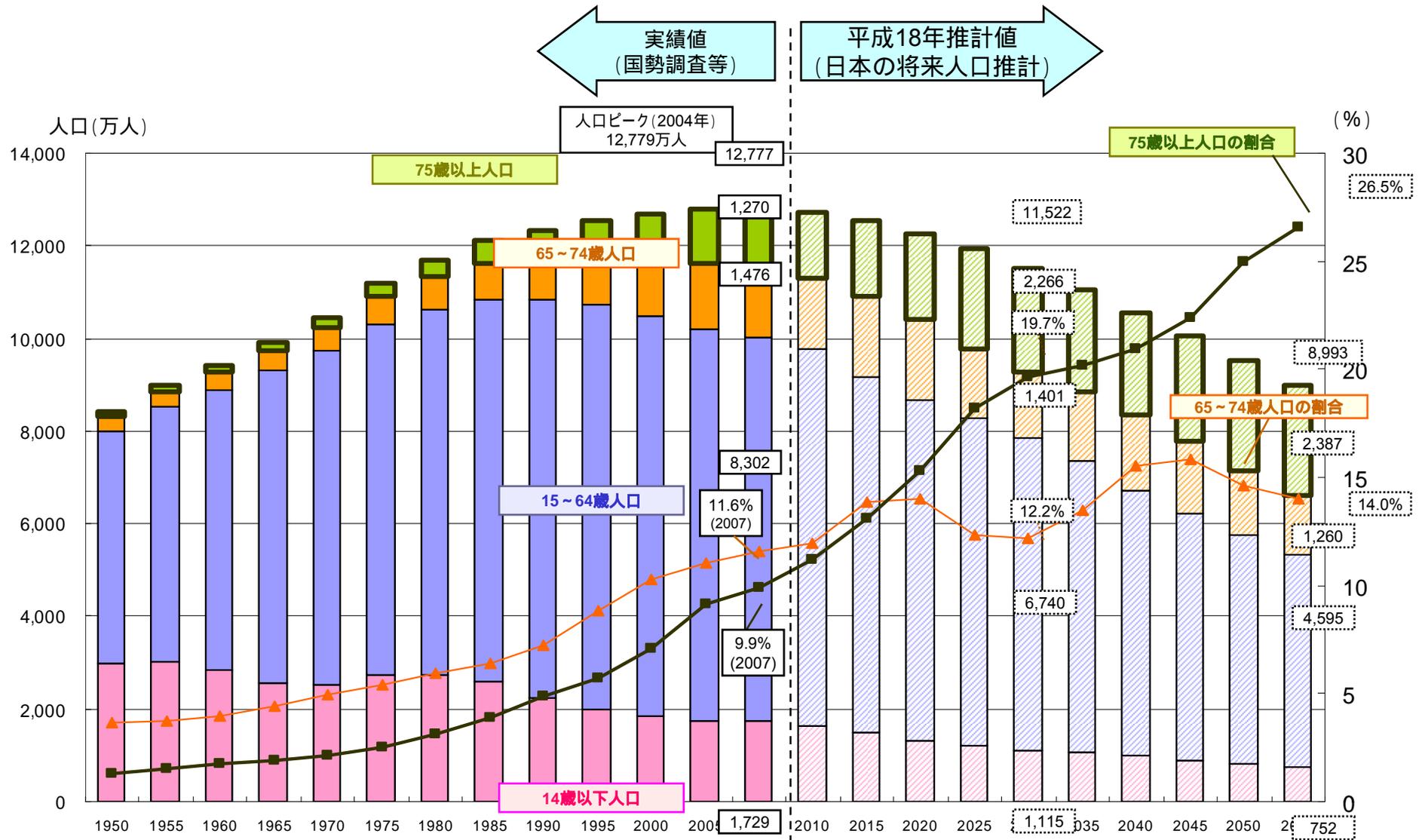
- 1982 老人保健法制定
- 1985 医療計画
- 1986 老人保健施設
- 1989 ゴールドプラン
- 1992 療養型病床群
- 2000 介護保険制度導入

地域包括ケアへのこれまでの道筋()

- 2006 高齢者医療制度制定
- 2006 がん対策基本法制定
- 2007 在宅療養支援診療所の導入
- 2008 医療費適正化計画
- 医療計画の見直し
- 2012 介護療養病床の廃止

- 2025 * * *

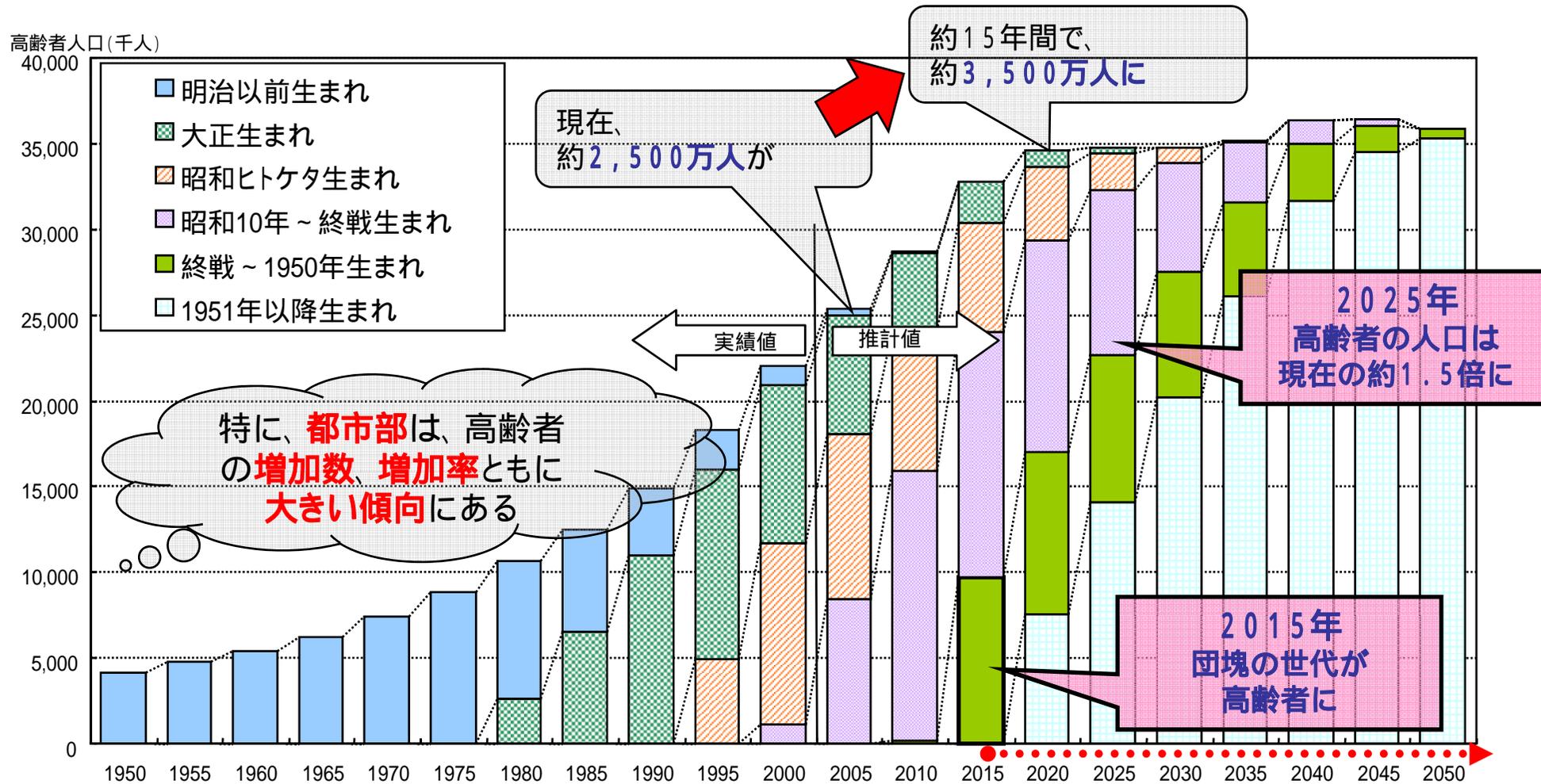
75歳以上高齢者の増大



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、
2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

世代別に見た高齢者人口の推移

我が国の高齢者人口は、2020年までの約15年間で約1,000万人増加し、約3,500万人前後まで増加する



資料: 2000年までは総務省統計局「国勢調査」、
2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」

高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

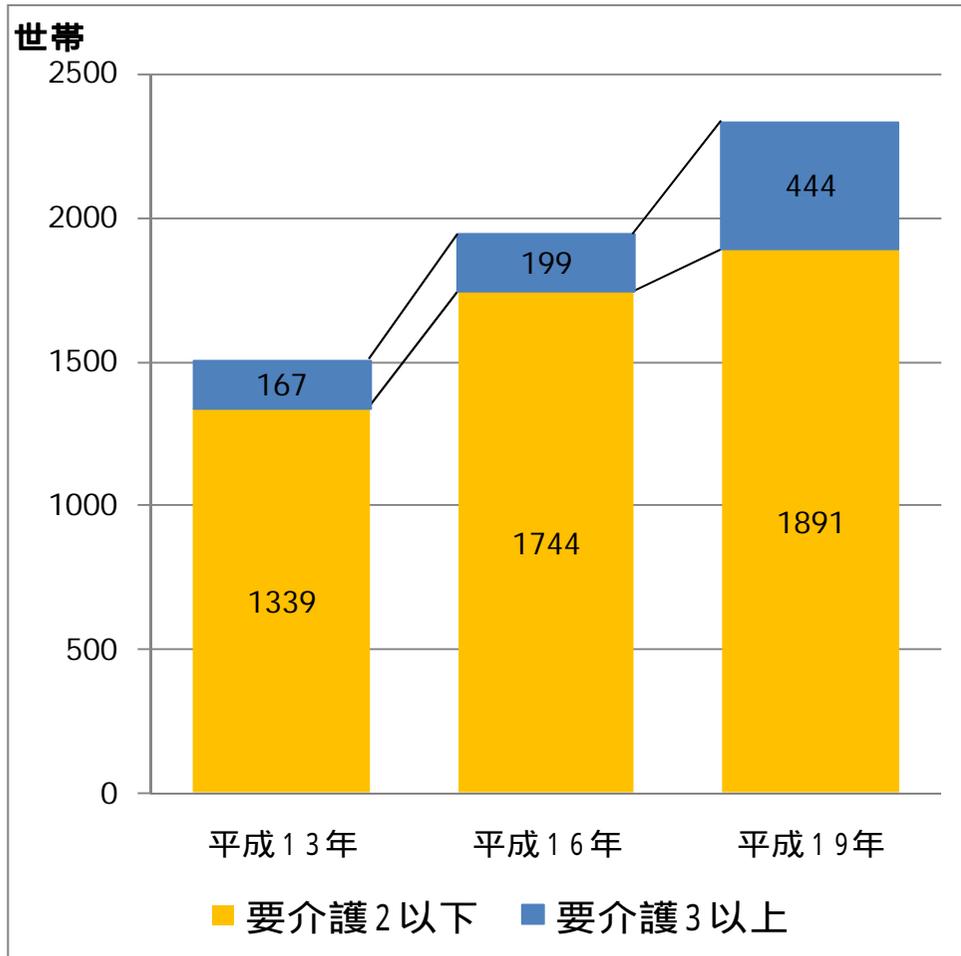
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906 万世帯	5,029	5,060	5,044	4,984	4,880
世帯主が 65歳以上	1,355 万世帯	1,568	1,803	1,899	1,901	1,903
単独 (比率)	387万世帯 28.5%	466 29.7%	562 31.2%	631 33.2%	673 35.4%	717 37.7%
夫婦のみ (比率)	465万世帯 34.3%	534 34.0%	599 33.2%	614 32.3%	594 31.2%	569 29.9%

(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 - 2008年3月推計 - 」

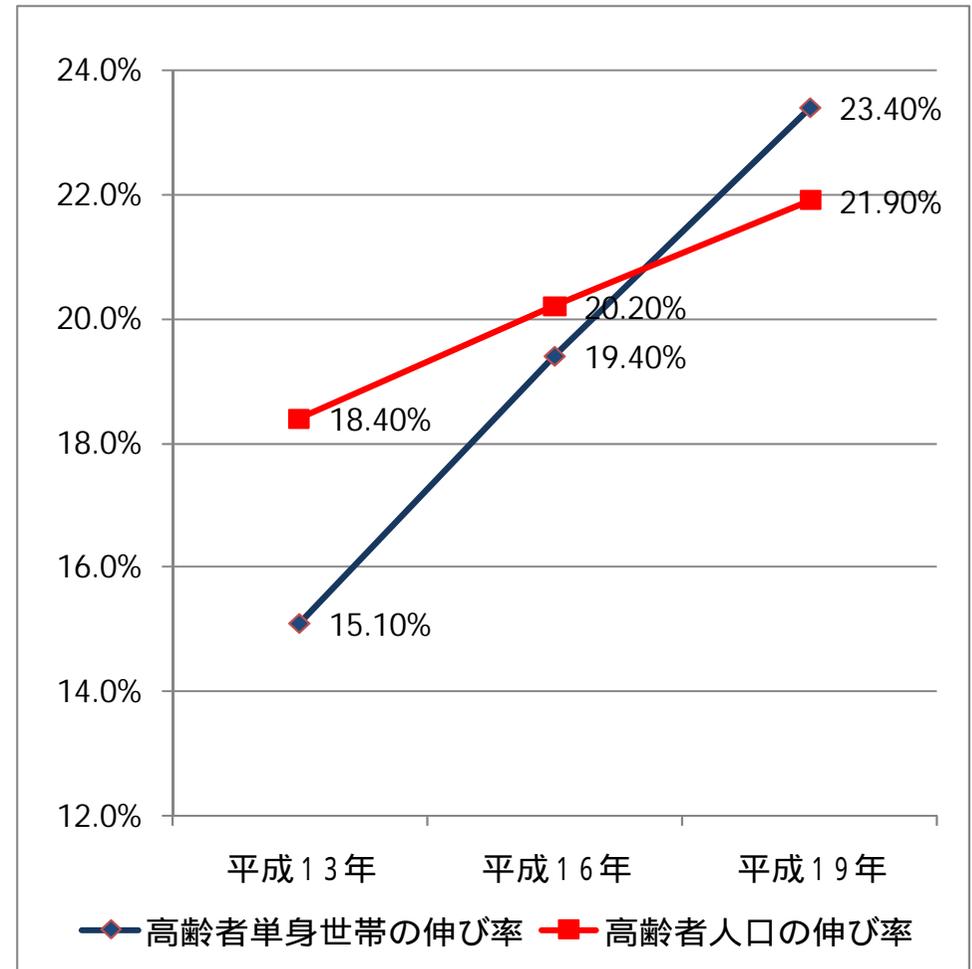
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



() 介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の伸び率



(出典) 国民生活基礎調査から作成

今後急速に高齢化が進む都市部

今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」
都道府県別の高齢者（65歳以上）人口の推移

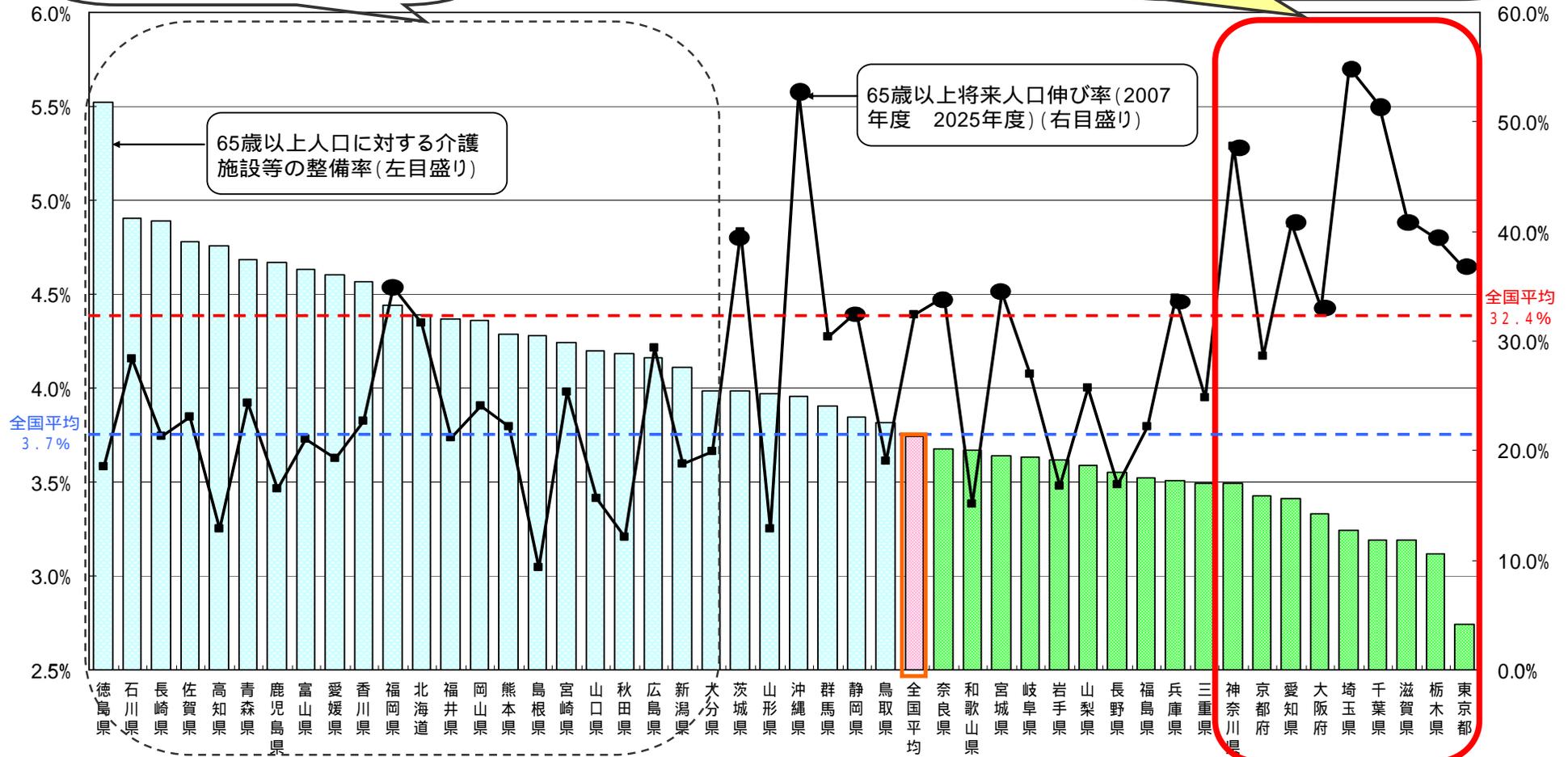
	2005年時点の 高齢者人口(万人)	2015年時点の 高齢者人口(万人)	増加数	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	+55%	1
千葉県	106	160	53	+50%	2
神奈川県	149	218	70	+47%	3
愛知県	125	177	52	+42%	4
大阪府	165	232	68	+41%	5
(東京都)	233	316	83	+36%	(7)
岩手県	34	39	5	+15%	43
島根県	20	22	2	+11%	44
秋田県	31	34	4	+11%	45
山形県	31	34	3	+10%	46
鹿児島県	44	48	4	+10	47
全国	2,576	3,378	802	+31%	

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

施設整備が進んでいて、かつ今後高齢化は一定範囲に収まる地域

65歳以上人口に対する介護施設の整備状況

今後急速に高齢化が予想されながら、施設整備が進んでいない地域



棒グラフについては、次の数値を平成19年10月時点の高齢者人口(総務省「人口推計」)で除して合算した率。

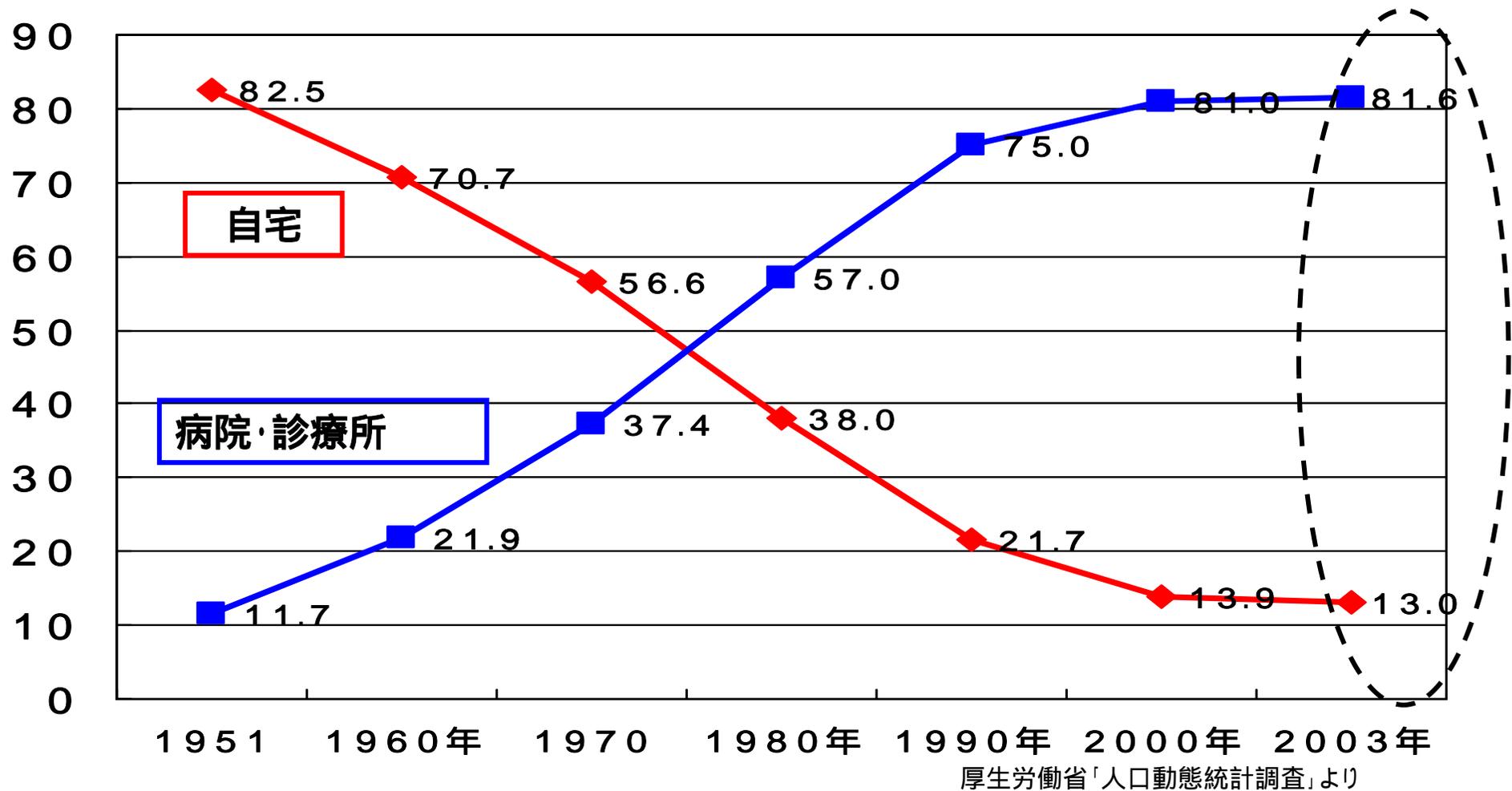
・介護保険3施設については、平成19年10月時点の定員数(平成19年介護サービス施設・事業所調査(概況))

・居住系サービス(認知症高齢者グループホーム、特定施設)については、平成18年10月時点のサービス利用者数(平成18年介護サービス施設・事業所調査)

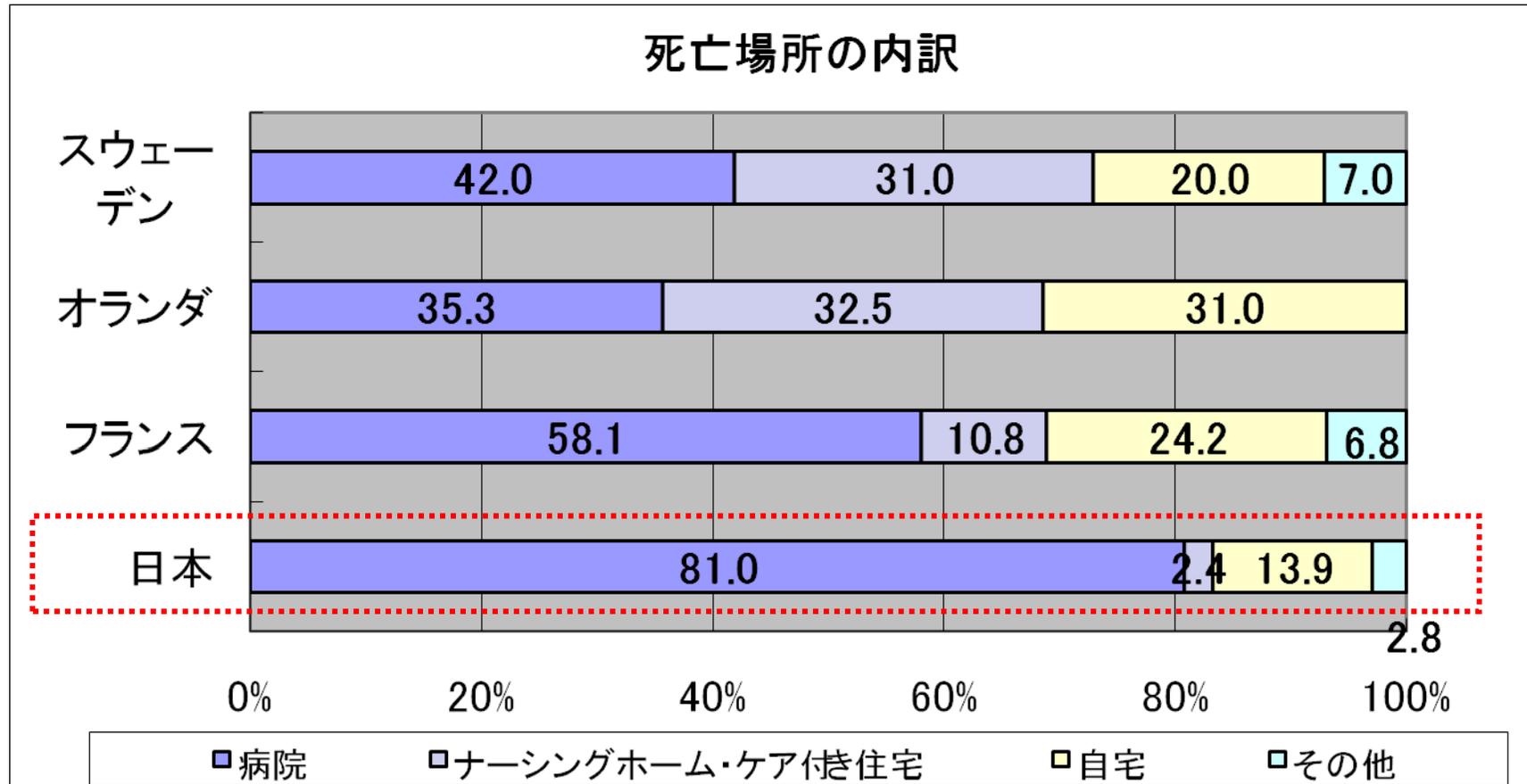
平成19年度(2007)から平成37年度(2025)までの65歳以上人口の伸び率は、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」を基に作成

死亡の場所の推移

居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。



(参考) 死亡の場所 (各国比較)



(注) 「ナースিংホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料) スウェーデン: Socialstyrelsen 「Döden angår oss alla」による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

平成20年「終末期医療に関する調査」について

平成20年3月実施

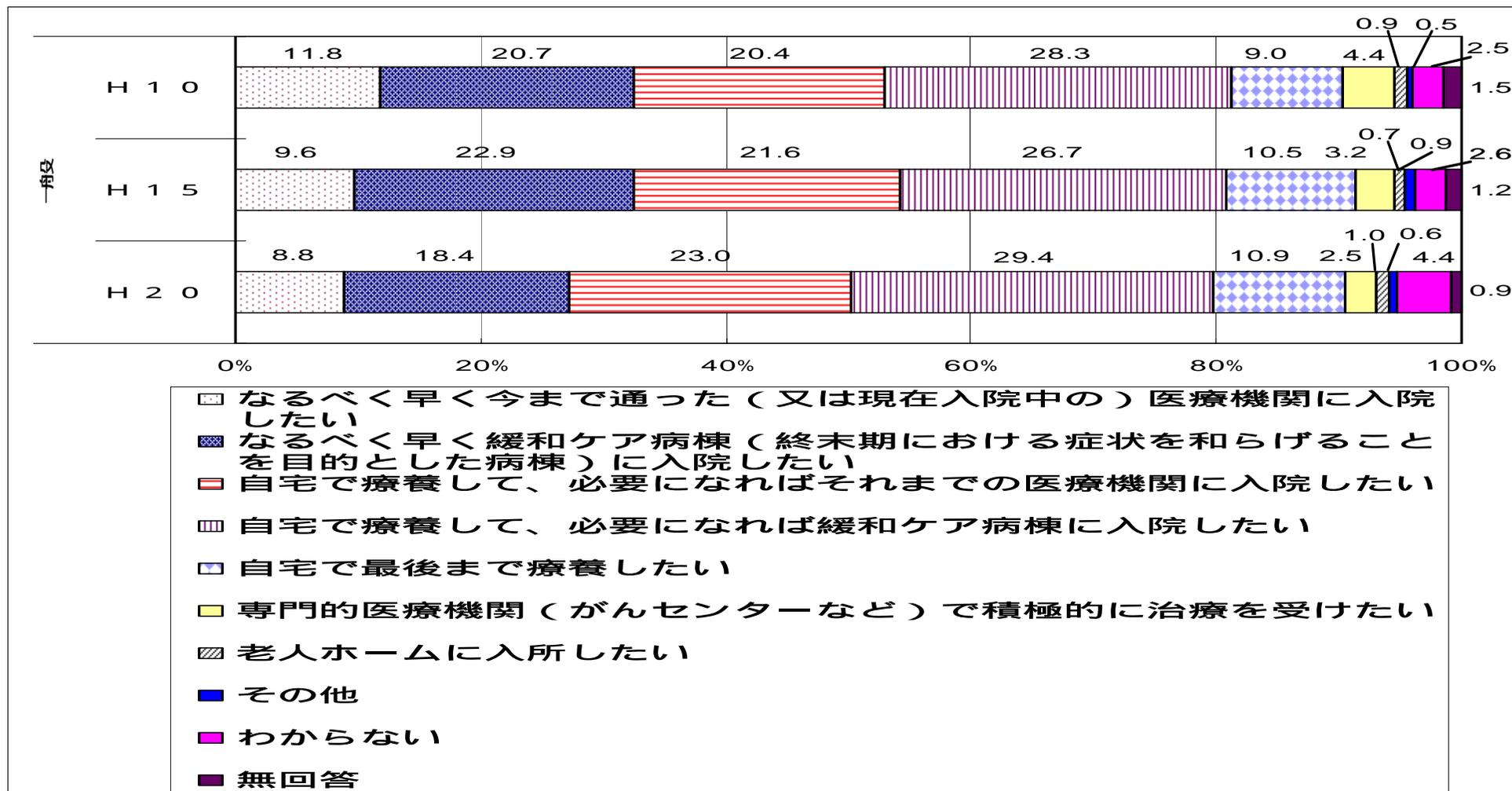
対象数と回収数:

	対象数	回収数	回収率(%)
一般国民	5,000	2,527	50.5
(うち70歳以上)	--	(457)	--
医師	3,201	1,121	35.0
看護師	4,201	1,817	43.3
介護職員	2,000	1,155	57.8
計	14,402	6,620	46.0

郵送調査、無作為抽出による

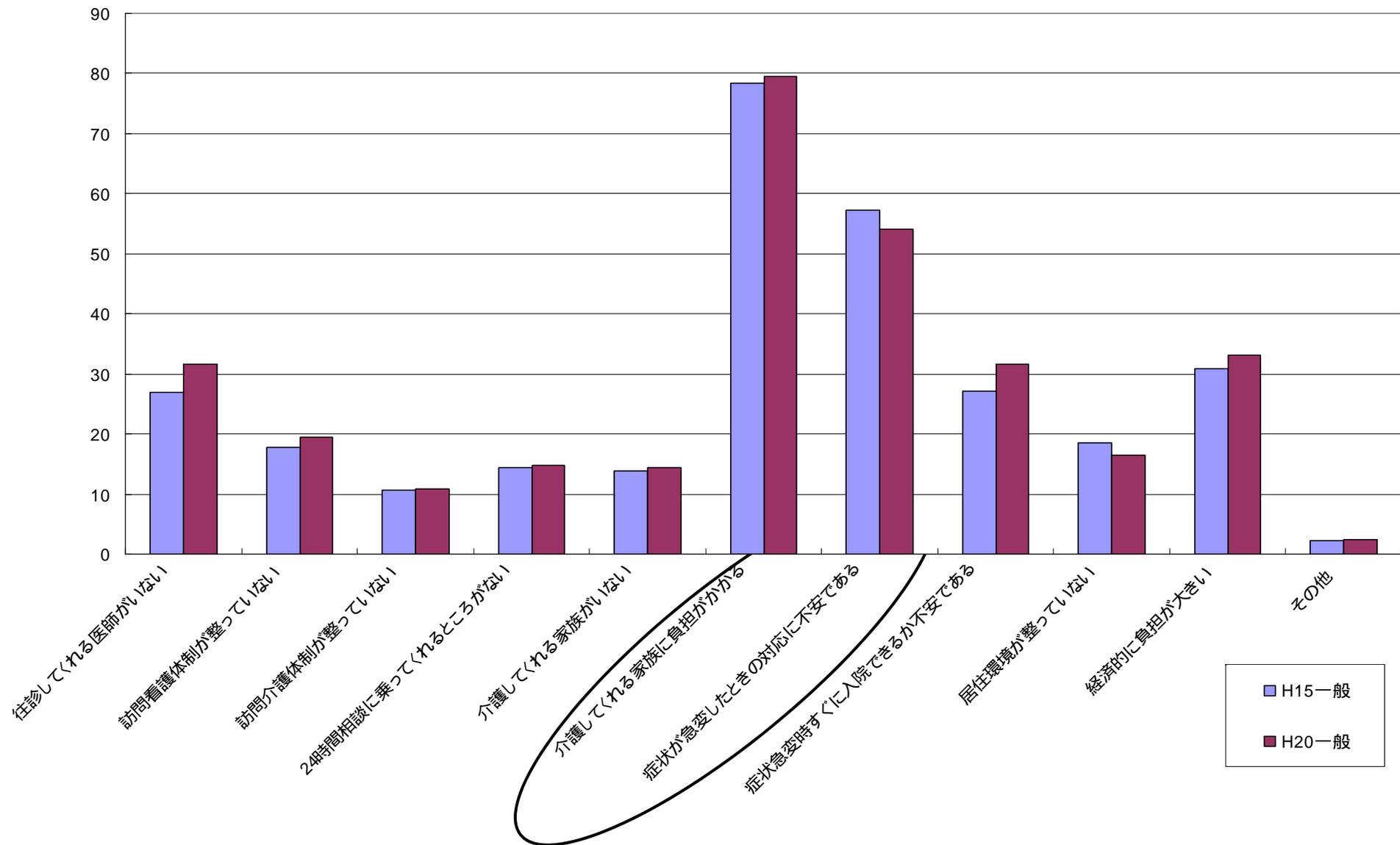
療養及び看取りの場所についての希望

自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、療養の場として63%が自宅を、「最後まで自宅」を1割の国民が希望。



自宅で最期まで療養することが実現困難な理由(複数回答)

(%)



諸外国の在宅における看取りのデータ

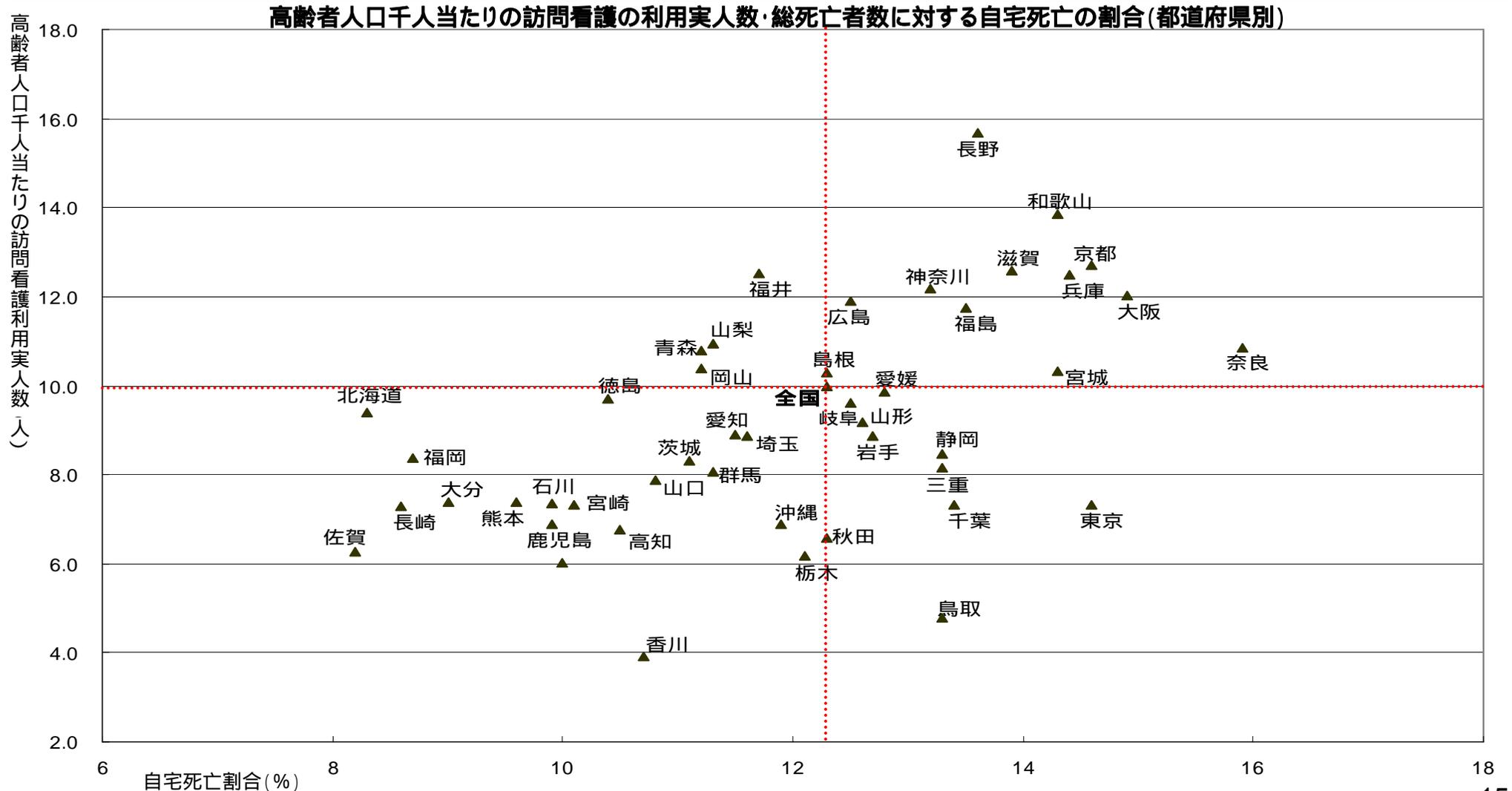
	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
子との同居率	5 %	8 %	17 %	50 %
高齢者単独世帯率	41 %	32.5 %	32 %	15 %
人口千対就業看護師数	10.6人 ('04)	14.2人 ('05)	7.7人 ('05)	9.0人 ('04)
(再)訪問看護師、地域看護師	(4.2人)	(2.7人)	(1.2人)	(0.4人)
在宅死亡率	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡期直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応

出典： World fact book 2008、 ~ OECD Health Data 2007、

~ 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

訪問看護の利用人数と自宅死亡の割合

都道府県別にみた高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数には約4倍の開きがある(最多は長野県、最小は香川県)。
 高齢者の訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向にある。

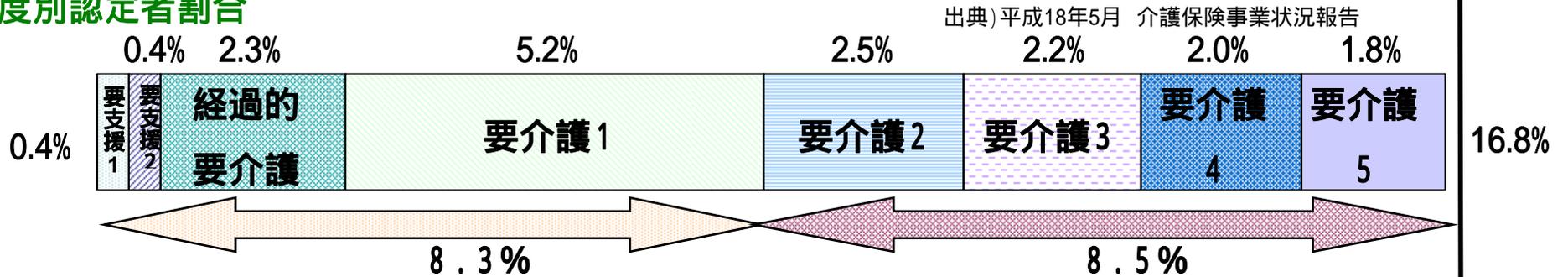


出典: 介護サービス施設・事業所調査(平成19年)、人口動態調査(平成19年)、平成19年10月1日現在推計人口(総務省統計局)

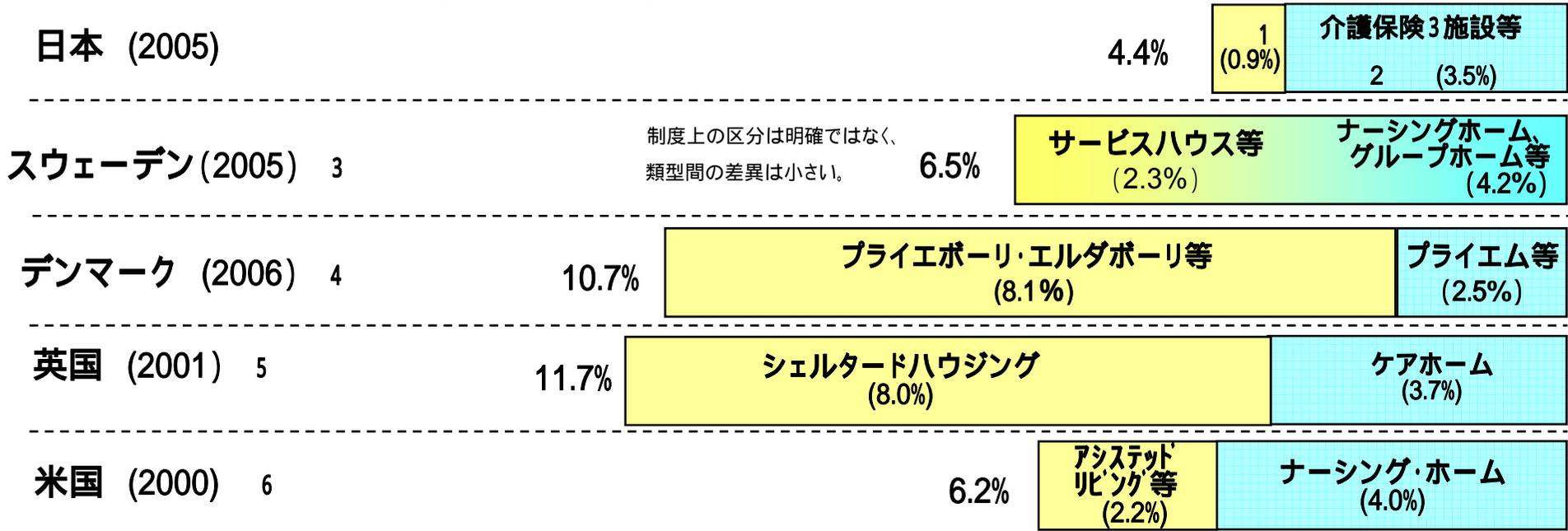
サービス供給体制

65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

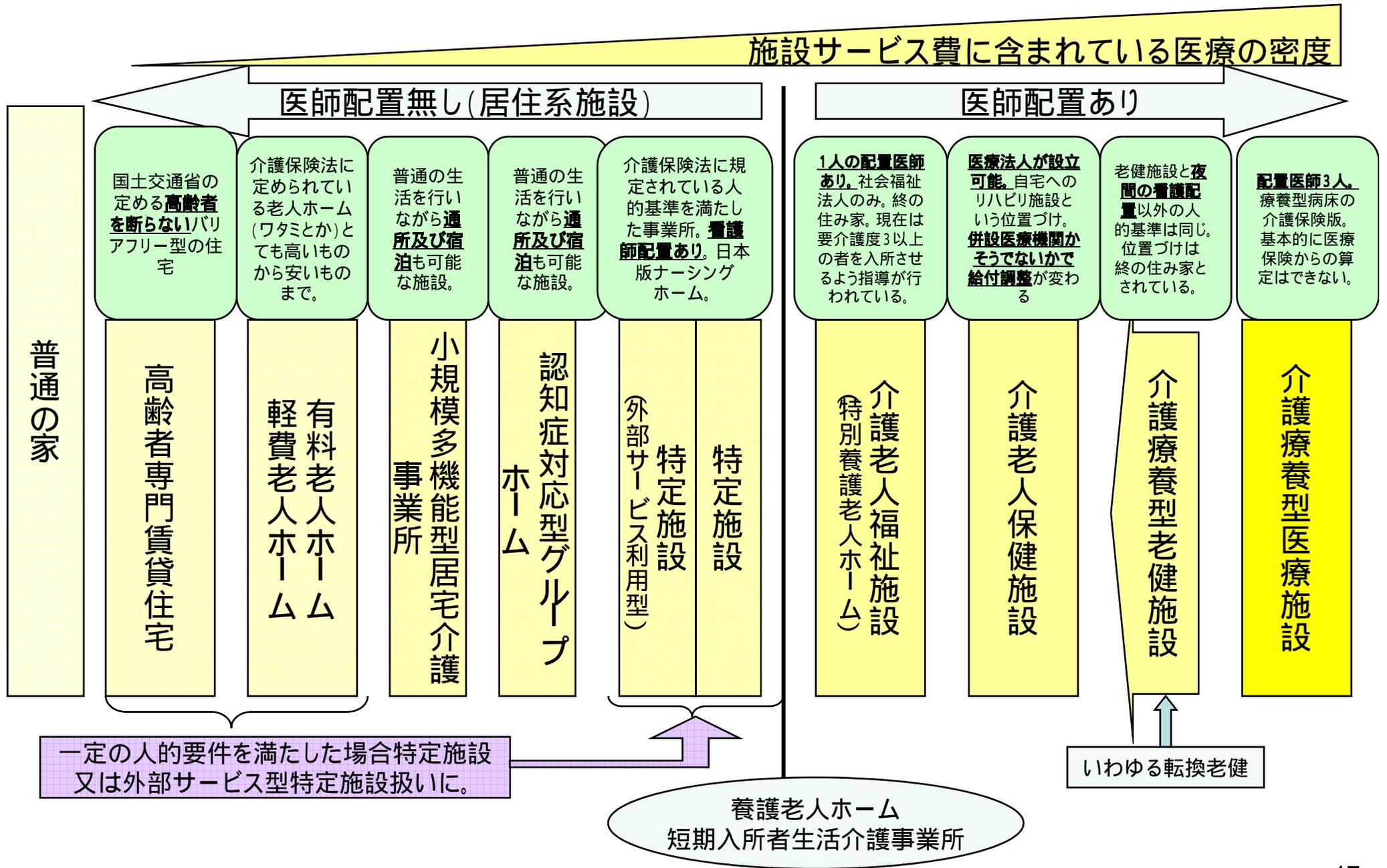
要介護度別認定者割合



各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）



1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。
 2 介護保険3施設及びグループホーム
 3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 'the older population'
 6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)



介護保険の現状

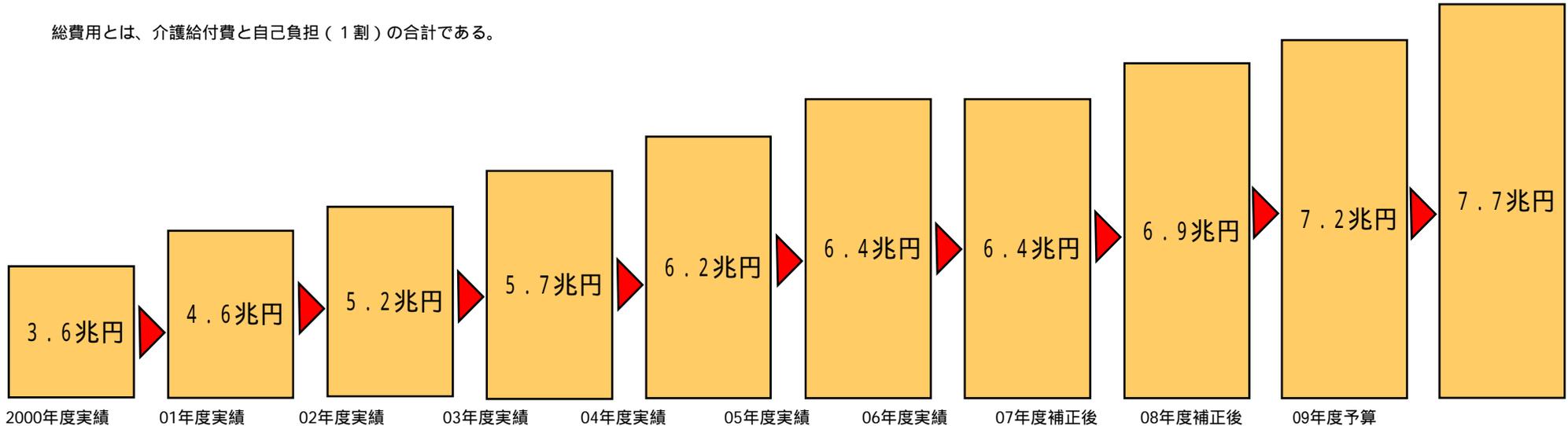
介護保険制度を取り巻く状況

介護保険費用のこれまでの推移

総費用の伸び

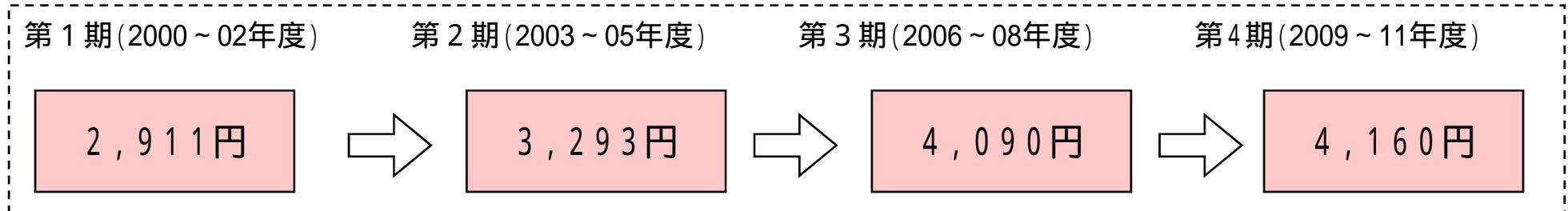
介護保険の総費用は、年々増加（8年間で2倍）

総費用とは、介護給付費と自己負担（1割）の合計である。



1号保険料の推移（1人当たり月平均）

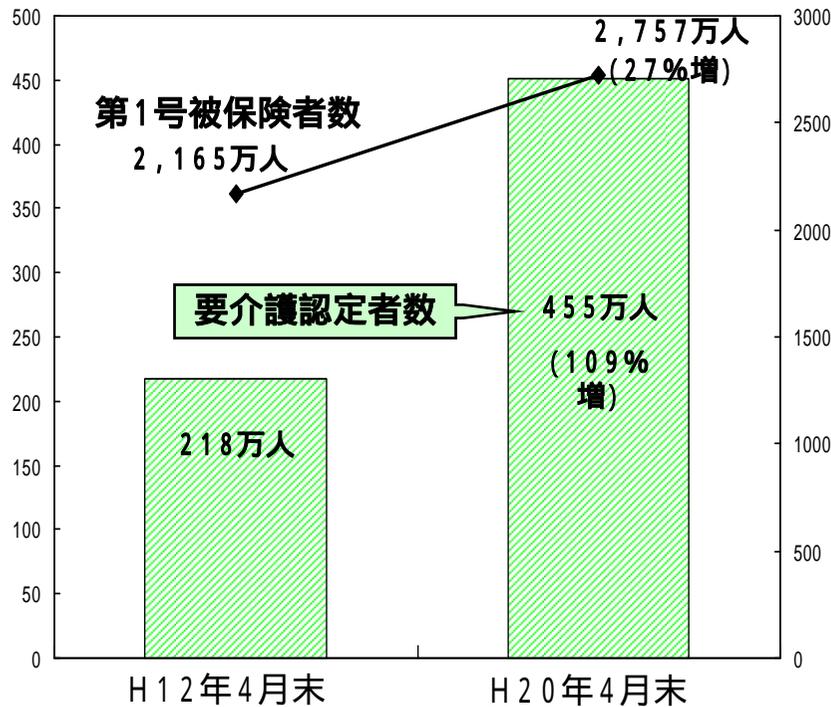
1号保険料は第1期（2000～02年度）から第4期（2009～11年度）で約40%増



介護保険制度を取り巻く状況

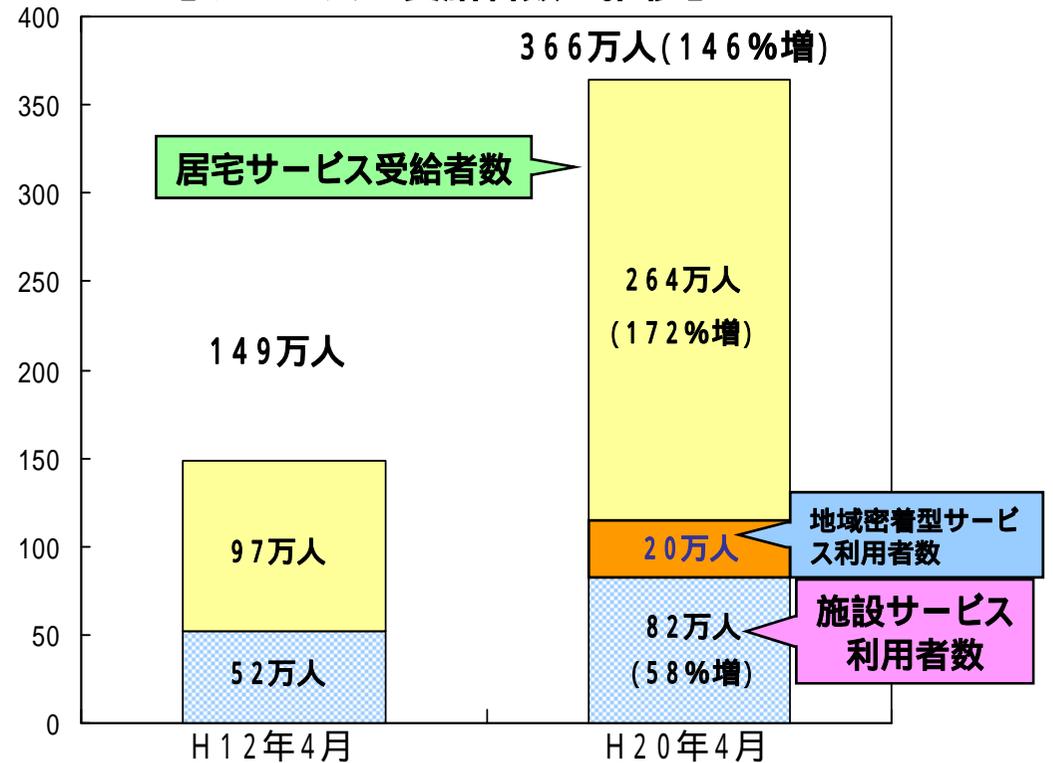
被保険者・要介護認定者・受給者数について

【第1号被保険者数(65歳以上の被保険者)と要介護認定者数の推移】



	H12年4月末	H20年4月末
第1号被保険者数	2,165万人	2,757万人(27%増)
要介護認定者数	218万人	455万人(109%増)

【サービスの受給者数の推移】

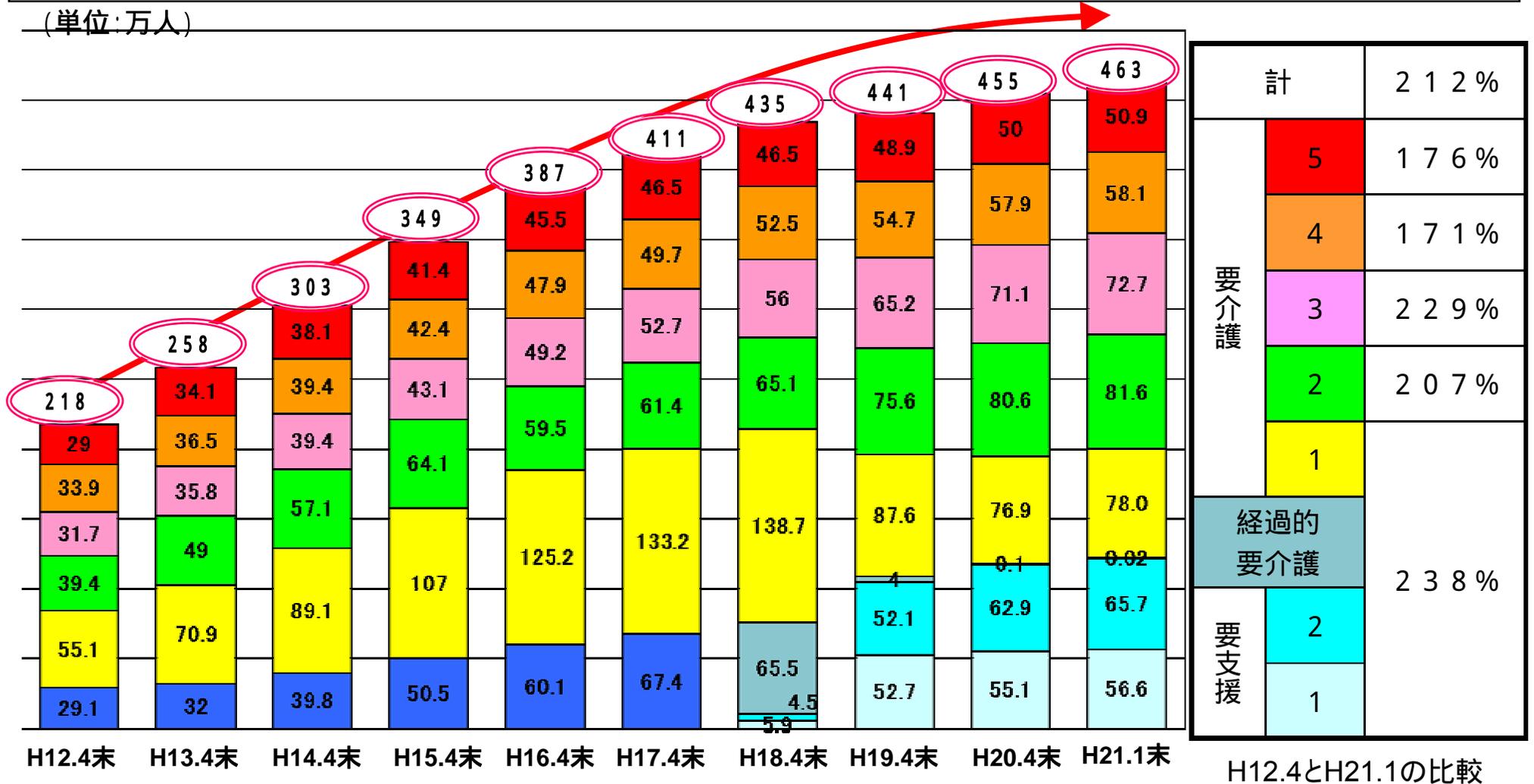


	H12年4月	H20年4月
利用者数	149万人	366万人(146%増)
居宅サービス	97万人	264万人(172%増)
地域密着型サービス		20万人(H18年4月創設)
施設サービス	52万人	82万人(58%増)

介護保険制度を取り巻く状況

要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)

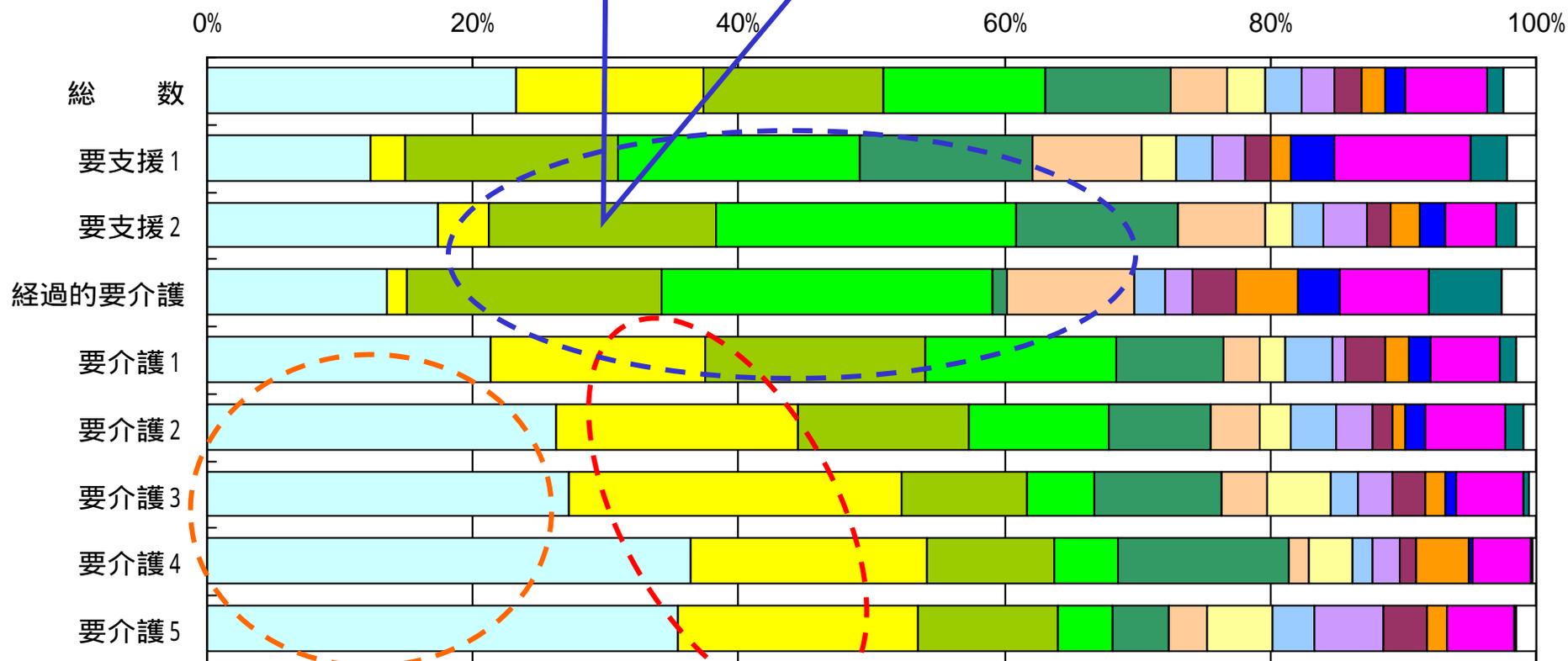


■ 要支援 (□ 要支援1 ■ 要支援2 □ 経過的) ■ 要介護1
■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

要介護度別の原因割合

いわゆる「廃用症候群」については、
要支援1・2、要介護1等の軽度者に多い

軽度者に対するサービスを、廃用症候群の予防、改善を図る観点から見直す



年齢による要介護認定率の違い

後期高齢者(75歳以上)の要介護認定率は、前期高齢者(65~74歳)の6倍以上となっている。

年齢別要介護認定率

	人口	要介護認定者数	要介護認定率
65歳~74歳 (前期高齢者)	1,476.1万人	65.8万人	4.5%
75歳以上 (後期高齢者)	1,270.3万人	377.9万人	29.8%

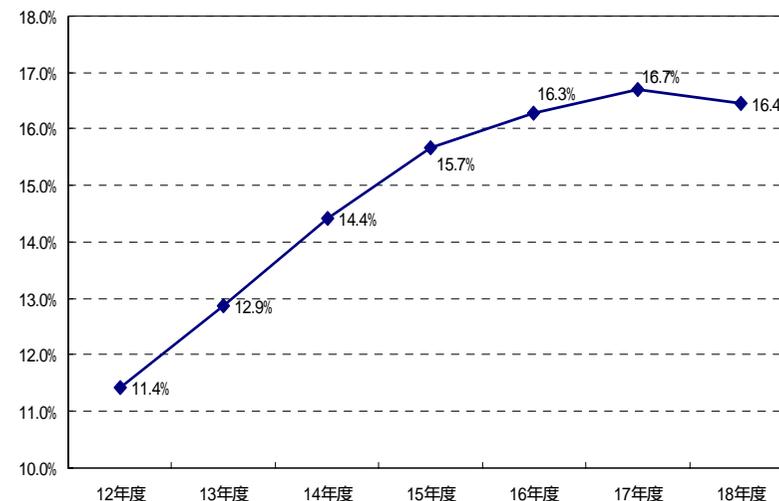
約6倍

(注1) 要介護認定率とは、要介護認定者数を人口で除したものである。

(注2) 要介護には、要支援を含む。

(注3) 総務省「平成19年10月1日現在推計人口」、厚生労働省「介護給付費実態調査月報(平成20年1月審査分)」を元に作成

(参考) 要介護認定率の推移(第1号被保険者分)



(注1) 各年度末時点の数字である。

(注2) 要介護には、要支援を含む。

(注3) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」を元に作成

平成17年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容

明るく活力ある超高齢社会の構築

制度の持続可能性

社会保障の総合化

- ・軽度者の大幅な増加
- ・軽度者に対するサービスが状態の改善につながっていない

予防重視型システムへの転換

- 新予防給付の創設
- 地域支援事業の創設

- ・在宅と施設の利用者負担の公平性

施設給付の見直し

- 居住費用・食費の見直し
- 低所得者に対する配慮

- ・独居高齢者や認知症高齢者の増加
- ・在宅支援の強化
- ・医療と介護との連携

新たなサービス体系の確立

- 地域密着型サービスの創設
- 地域包括支援センターの創設
- 居住系サービスの充実

- ・利用者によるサービスの選択を通じた質の向上

サービスの質の確保・向上

- 介護サービス情報の公表
- ケアマネジメントの見直し

- ・低所得者への配慮
- ・市町村の事務負担の軽減

負担の在り方・制度運営の見直し

- 第1号保険料の見直し
- 保険者機能の強化

平成17年制度改正について

予防重視型システムの全体像

軽度者の方の状態像を踏まえ、出来る限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指す。

高齢者

介護予防のための
スクリーニング

要支援・要介護者と
思われる者

非該当者

要介護認定
介護の手間に係る審査
+
状態の維持または改善可能性の審査

要支援・要介護状態となる
おそれのある者

要支援者

要介護者

地域包括支援センター
(介護予防ケアマネジメント)

居宅介護支援事業所
(ケアマネジメント)

地域支援事業
(介護予防特定高齢者施策)

新予防給付

介護給付

非該当者

重度化防止

要支援者

重度化防止

要介護者

認知症高齢者の増加

(2002.9末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲)単位:万人				
			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 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活 自立度 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	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	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	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。

(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

今後の認知症対策の全体像

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、実態の把握、研究開発の促進、早期診断の推進と適切な医療の提供、適切なケアの普及及び本人・家族支援、若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 ▶ BPSDの適切な治療が行われていない ▶ 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 ▶ 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 ▶ 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 ▶ 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症に対する国民の理解不足 ▶ 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 ▶ 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 各ステージ（発症予防対策、診断技術向上、治療方法開発、発症後対応）毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 早期診断の促進 ▶ BPSD急性期の適切な医療の提供 ▶ 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケア標準化・高度化 ▶ 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 ▶ 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及、認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症の有病率に関する調査の実施 ▶ 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 ▶ より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 経済産業省、文部科学省と連携し、特に 診断技術向上、治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中 ▶ アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) ▶ アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) ▶ アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 ▶ 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 ▶ 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの標準化・高度化の推進 ▶ 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 ▶ 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 ▶ 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの評価のあり方の検討 ▶ 認知症サポーター増員 ▶ 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症相談コールセンターの設置 ▶ 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 ▶ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 ▶ 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 国民に対する広報啓発 ▶ 若年性認知症対応の介護サービスの評価 ▶ 就労継続に関する研究

2025年の高齢者の状況と 医療・介護サービスの将来像

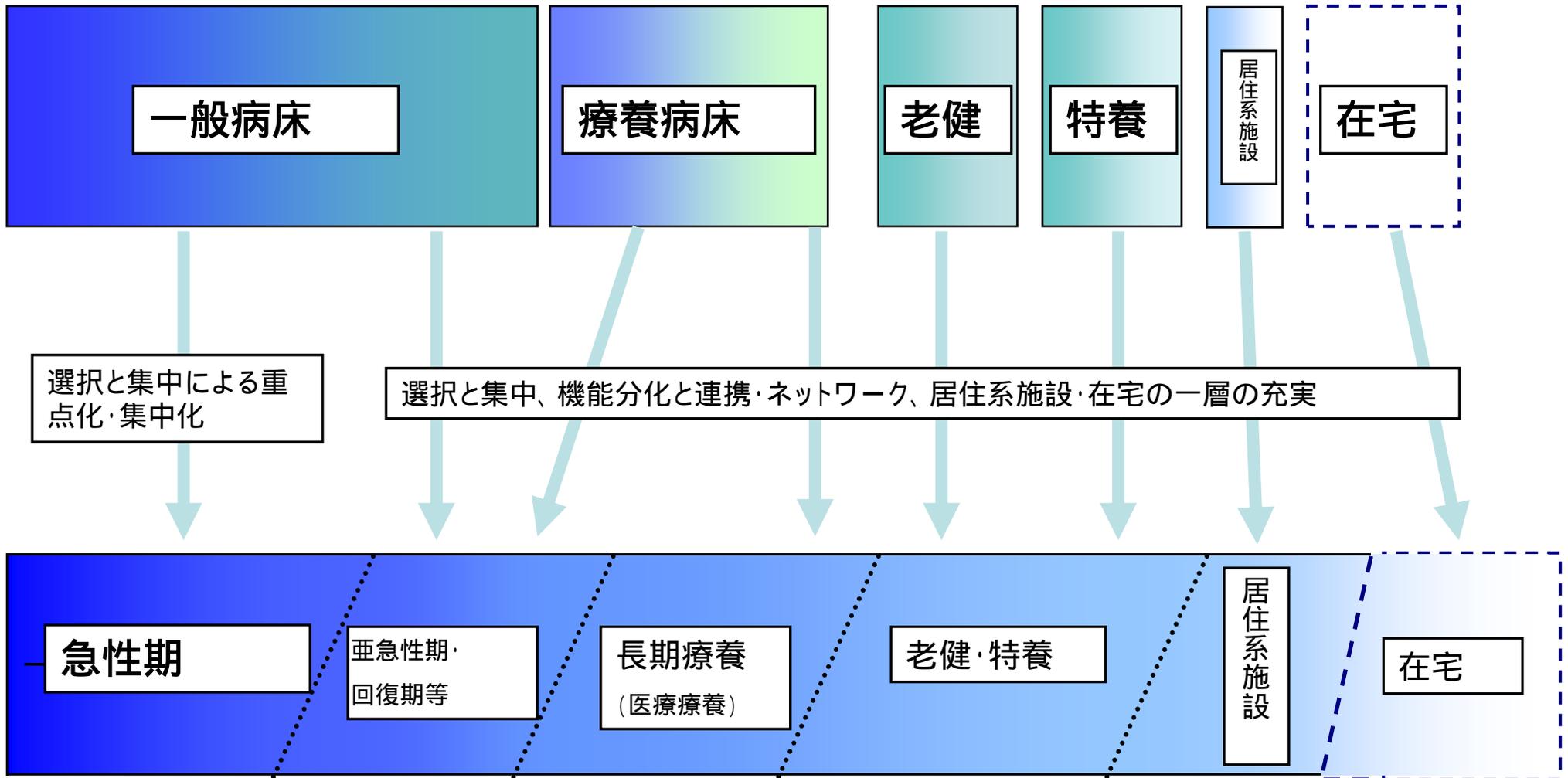
社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会資料から

シミュレーションの哲学

医療の機能分化を進めるとともに、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL (生活の質)の向上を目指す

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



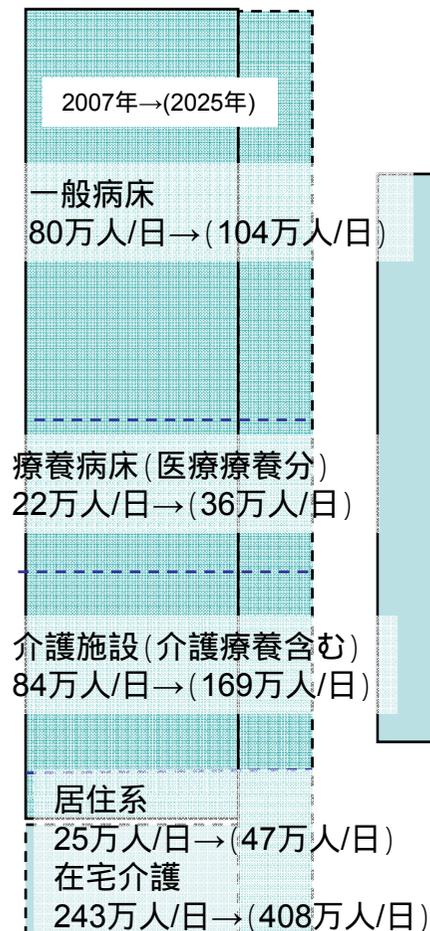
将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

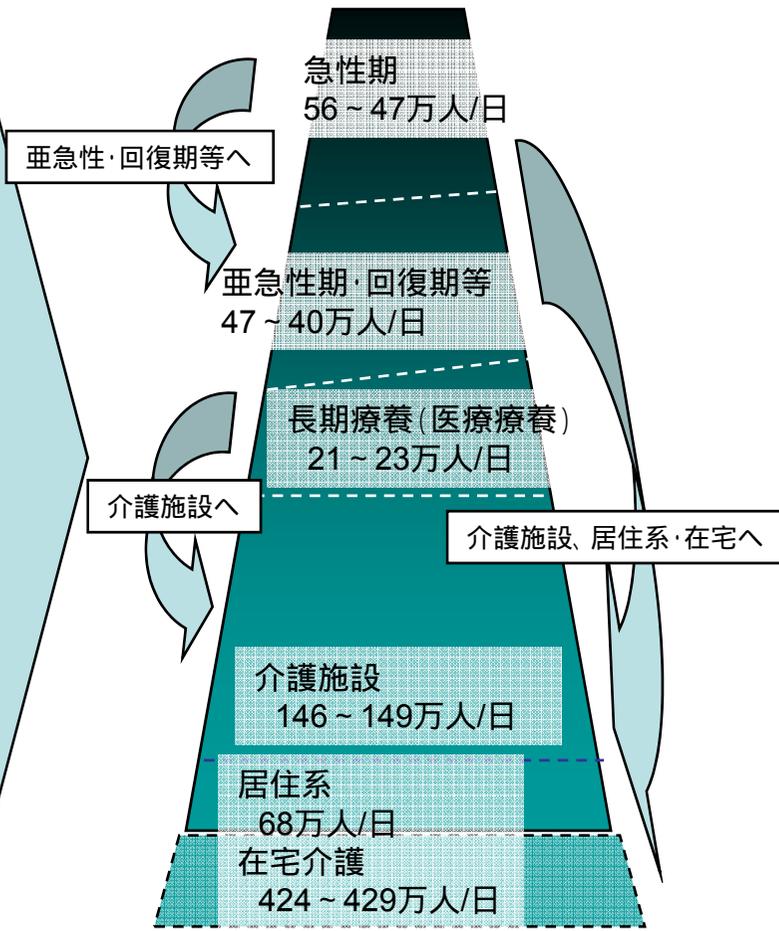
総括図

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

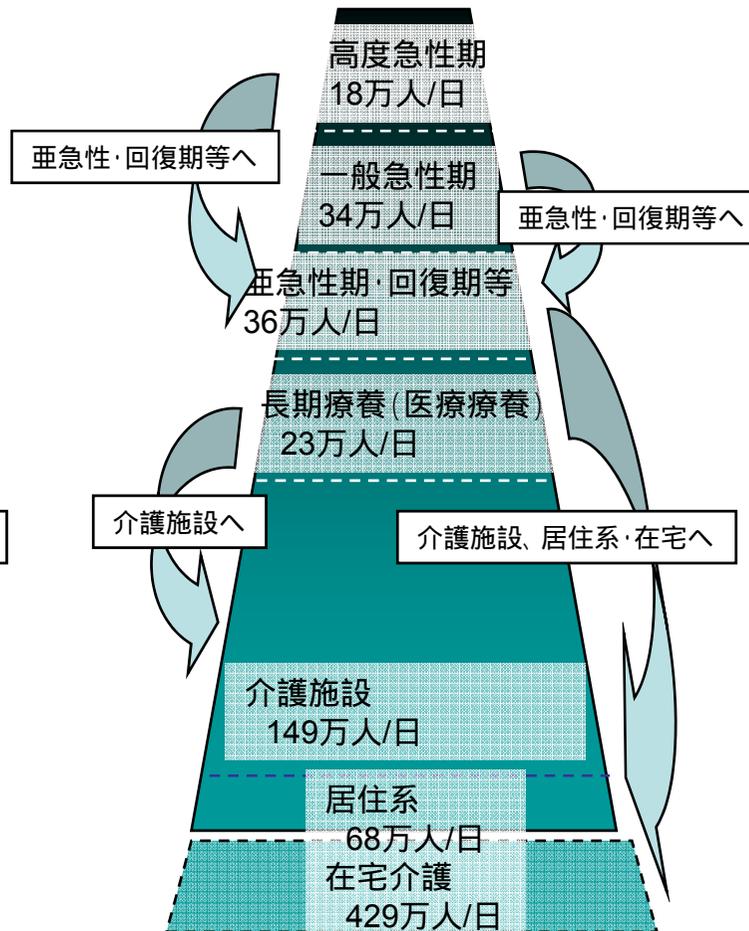
現状投影シナリオ(Aシナリオ)



B1、B2シナリオ - 改革シナリオ -



B3シナリオ



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。

一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

社会保障国民会議のシミュレーション(医療)

	2007年	現状投影	改革シナリオ (2025)
急性期	103万床	133万床	67万床
亜急性期・回復期等			44万床
医療療養	23万床	39万床	23万床
外来・在宅医療	582万人	634万人	644万人
平均在院日数	20.3日	20.3日	10日

社会保障国民会議のシミュレーション(介護)

	2007年	現状投影	改革シナリオ (2025)
介護施設	84万人	169万人	149万人
特養	42万人	85万人	78万人
老健(介護療養を含む)	42万人	83万人	72万人
居住系	25万人	47万人	68万人
特定施設	11万人	22万人	33万人
グループホーム	13万人	25万人	35万人
在宅介護	243万人	408万人	429万人
(うち小規模多機能)	1~2万人	数万人程度	60万人

社会保障国民会議のシミュレーション(マンパワー)

	2007年	現状投影	改革シナリオ (2025)
医師	27.5万人	32.9万人 ~ 34.3万人	32.1万人 ~ 33.5万人
看護職員	132.2万人	169.6万人 ~ 176.7万人	194.7万人 ~ 202.9万人
介護職員	117.2万人	211.7万人	255.2万人
医療その他職員	78.1万人	83.4万人 ~ 87.6万人	108.1万人 ~ 113.5万人
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	73.6万人
合計	385.0万人	551.1万人 ~ 563.8万人	663.7万人 ~ 678.7万人

社会保障国民会議のシミュレーション(費用)

	2007年	現状投影	改革シナリオ (2025)
対GDP比	7.9%	10.8 ~ 10.9%	11.6 ~ 11.9%
対NI比	10.7%	14.7 ~ 14.8%	15.7 ~ 16.1%
名目額	41兆円	85兆円	92兆円
公費増に必要な消費税	-	3%	4%

平成 2 1 年度介護報酬改定と 今後の課題

平成21年度介護報酬改定について

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

処遇改善の取組への総合支援策

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

負担の大きな業務への評価

専門性への評価・
介護従事者の定着促進

人件費の地域差への対応

訪問系サービス

サービス提供責任者の業務への評価

認知症患者や独居高齢者へのケアマネ業務の評価

・研修実施等の評価
・有資格者割合の評価

通所系サービス

個別ニーズに応じた対応への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者割合の評価

施設系サービス

夜勤業務への評価

看護体制の評価

重度化・認知症対応のための評価

看取り業務への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者割合の評価
・常勤者割合の評価

地域毎の人件費を踏まえた見直し等

雇用管理改善に取り組む事業者への助成()

効率的な経営を行うための経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の事後的検証()

介護従事者の処遇改善に向けた取組に関する情報公表の推進

潜在的有資格者養成支援等の介護人材確保策()

社会的評価を高めるための広報・普及()

() 予算案計上項目

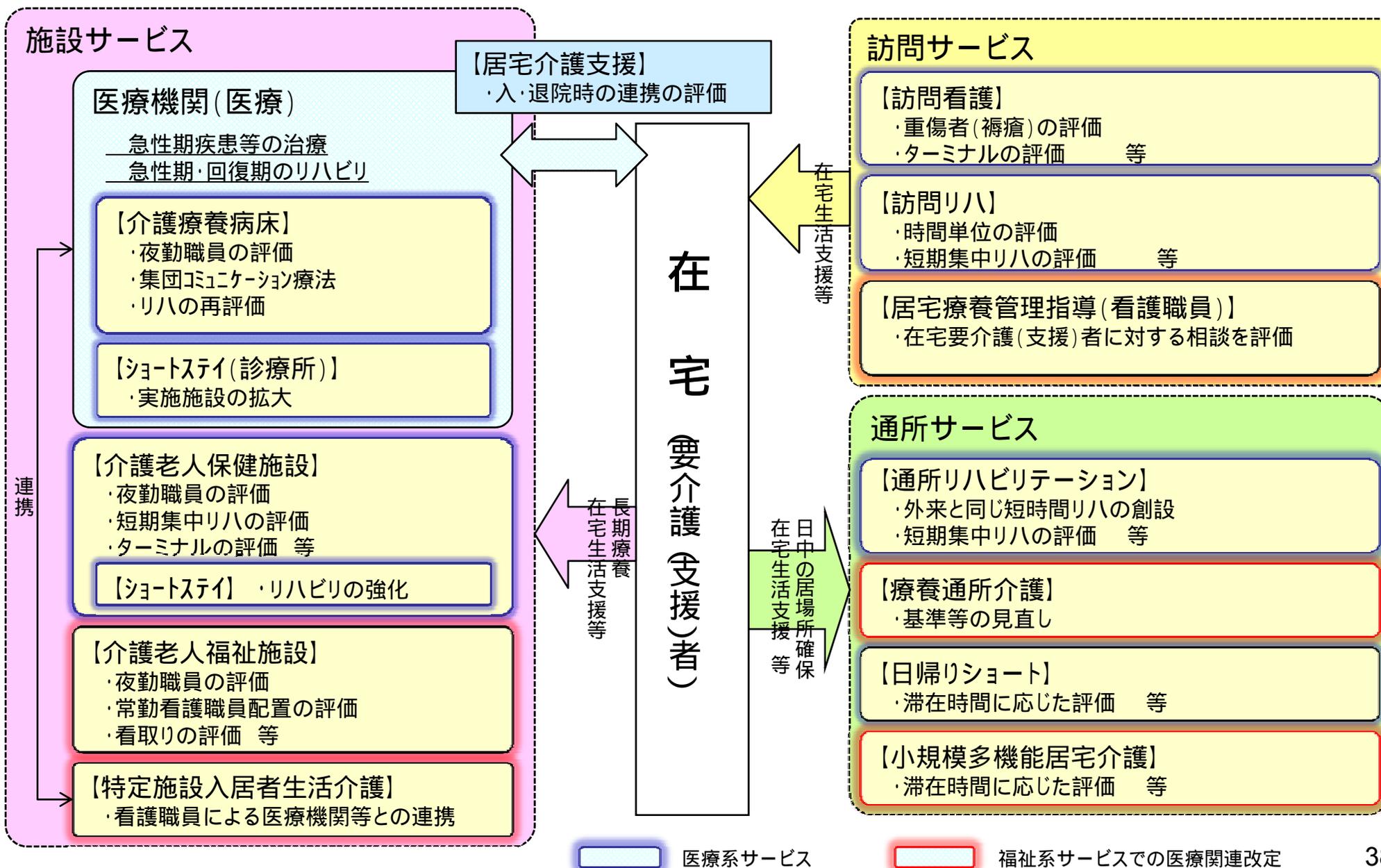
2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
- (2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

- (1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供
- (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目ないサービスを効果的に利用できるような観点からの見直しを行う。



今後の介護保険制度の課題

1 社会保険である介護保険が担うべきサービスの在り方・範囲をどう考えるか。

訪問介護における生活援助の在り方をどう考えるか。
補足給付の在り方をどう考えるか。

2 介護サービスの質をどう担保するか。介護サービスの質をどのように評価すべきか。

どのような指標で介護サービスの質を評価すべきか。
介護サービスの情報公表制度の在り方をどう考えるか。
介護サービスの効果的かつ効率的な提供の在り方をどう考えるか。

3 介護現場の実態を介護報酬にどう反映させるか。

介護報酬改定により介護従事者の処遇が改善されたかについての検証をどのように行うか。
事業者や事業者団体による介護従事者の処遇改善に向けた取組に関する情報の公表をどのように推進するか。
介護事業経営実態調査の手法等について、改めて検討を行う必要があるのではないか。

4 高齢化がさらに進展することに伴い、質の高い介護従事者をどのように確保するか。

社会保障国民会議の「医療・介護費用シミュレーション」によれば、現状117.2万人の介護職員は、改革シナリオの場合、2025年には250～255万人必要とされている。
今後、少子化に伴い生産年齢人口は減少する中、必要な介護職員をどのように確保すべきか。

5 高齢者・要介護者が増えることから、必要な医療・介護サービスをどう担保するのか。

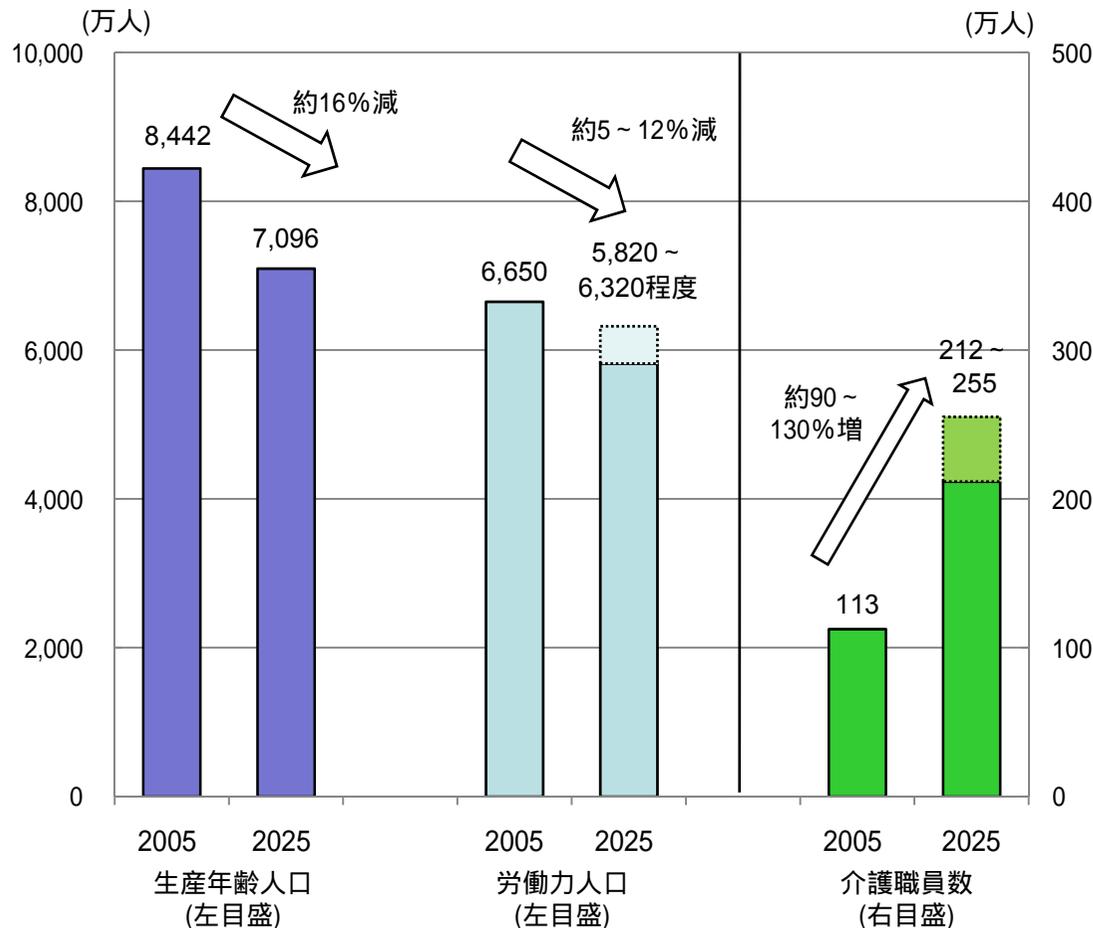
施設サービスにおける医療介護サービスの在り方をどう考えるのか。
地域包括ケアのための医療・介護サービスをどう担保するのか。

介護の担い手と介護職員の見通し

2005年から2025年にかけて、生産年齢(15～64歳)人口は約16%減少し、労働力人口も約5～12%程度減少すると見込まれる。一方、介護職員数は倍増すると見込まれる。

この結果、労働力人口に占める介護職員の割合は、2005年から2025年にかけて倍以上になると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員の割合

	2005年	2025年
介護職員数	112.5万人	212～255万人
労働力人口	6,650万人	5,820～6,320万人
割合	1.7%	3.4～4.4%

【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「労働力人口の見通し(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」、「国勢調査」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

注) 2025年の生産年齢人口は出生中位(死亡中位)推計の値。労働力人口は2017年から2030年の「労働市場への参加が進んだケース」と「進まないケース」が平均的に減少すると仮定して試算したもの。2025年の介護職員数は社会保障国民会議のAシナリオ、B2及びB3シナリオの値。

介護職員の賃金

経験年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、介護分野の賃金水準は産業全体と比較して低い傾向にあり、ホームヘルパーや福祉施設介護員の賃金は、医療福祉分野における他の職種の者と比較して低い傾向にある。

一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

		男女計			男性				女性			
		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)
産業別	産業計	41.0	11.8	330.6	68.0	41.9	13.3	372.4	32.0	39.2	8.7	241.7
	医療業	38.8	8.1	321.9	23.2	39.3	8.5	451.4	76.8	38.7	8.0	282.8
	社会保険・社会福祉・介護事業	38.8	7.1	240.7	26.3	38.3	7.7	284.0	73.7	39.0	6.9	225.3
	サービス業	40.6	8.7	311.3	66.9	41.7	9.9	349.7	33.1	38.2	6.4	233.8
職種別	医師	40.0	4.2	839.7	77.7	41.1	4.3	875.9	22.3	36.3	4.1	713.4
	看護師	35.6	6.5	313.0	6.0	33.4	5.8	307.1	94.0	35.8	6.6	313.4
	准看護師	44.0	9.8	275.3	7.2	38.0	8.4	275.7	92.8	44.5	10.0	275.3
	理学療法士、作業療法士	29.5	3.8	281.4	50.1	30.4	4.0	297.6	49.9	28.5	3.5	265.2
	保育士	32.9	7.8	217.2	5.0	29.7	5.8	238.0	95.0	33.1	7.9	216.1
	ケアマネジャー	43.5	7.0	267.1	22.8	38.6	6.7	284.8	77.2	45.0	7.1	261.8
	ホームヘルパー	43.8	4.8	213.1	17.8	36.7	3.5	239.3	82.2	45.3	5.1	207.4
	福祉施設介護員	36.0	5.1	210.7	29.5	32.6	4.9	225.9	70.5	37.4	5.2	204.4

【出典】厚生労働省「平成19年賃金構造基本統計調査」

注1) 一般労働者とは、短時間労働者以外の労働者をいう。

短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない労働者をいう。

2) サービス業とは、専門サービス業、学術・開発研究機関、洗濯・理容・美容・浴場業、その他の生活関連サービス、娯楽業、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、物品賃貸業、広告業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体が含まれる。

3) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

4) きまって支給する現金給与額：労働契約、労働協約あるいは事業所の就業規則などによってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額をいい、基本給、職務手当、通勤手当、家族手当、超勤手当等が含まれる。なお、手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

5) 所定内給与額：きまって支給する現金給与額のうち、超過労働給与額を差し引いた額をいう。

介護分野における経済危機対策(平成21年度補正予算)

来るべき超高齢社会を迎える中で、国民が安心して老後を迎えることができるようにするとともに、現下の厳しい雇用情勢の中で、介護分野における雇用の創出・人材養成等につながるよう、総合的な対策を講じる。

(注)雇用創出量については、事業量の見込み具合等によっては、今後変動があり得る。

【介護力の向上・雇用創出】

- ・介護拠点等の緊急整備等を通じた老後の安心確保
- ・今後3年間で介護職員等の介護人材約30万人の雇用創出を目指す

介護拠点等の緊急整備

特養・老健・グループホーム・小規模多機能事業所など介護拠点の緊急整備を通じた雇用の創出

現任の介護職員等の研修支援

現任の介護職員等の研修支援を通じた代替雇用の創出

地域相談体制の強化

地域包括支援センター等への事務職員・認知症の連携担当者等の配置

第4期事業計画に基づく
介護基盤の整備

平成21～23年度

平成23年度
約195万人
(推計値)

3年間で
+約7万人

3年間で
+約23万人

平成20年度
約165万人
(推計値)

【介護職員等の処遇改善・養成】

介護職員処遇改善交付金
(仮称)

介護職員の処遇改善に取り組む事業者への資金の交付を通じた介護職員の更なる処遇改善

新規介護職員等の養成

離職者等に対して、社会福祉施設等に委託した現場における職業訓練を実施

(注1)「第4期事業計画に基づく介護基盤の整備」を通じた雇用創出量については、平成18年10月時点の職員数(介護サービス施設・事業所調査)をもとに、第4期介護保険事業計画に基づく介護給付費の暫定集計値(平成20年10月時点)を用いて、職員数の伸びが給付費の伸びと同率であると仮定して算出した推計値である。

(注2)雇用創出量は、介護職員・介護支援専門員・調理員・事務職員等の合計であり、いずれも一定の仮定を置いて算出した推計値である。

「介護サービスの質の評価」の必要性

平成21年度介護報酬改定においては、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等を行った。

しかしながら、本来は、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べきとの観点から、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。

(参考) 平成20年12月12日 社会保障審議会介護給付費分科会 平成21年度介護報酬改定に関する審議報告
各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

1. 介護従事者処遇改善にかかる各サービス共通の見直し

(1)(略)

(2) 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う。

加えて、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所について評価を行う。

なお、本来、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、処遇改善を推進すべきであるが、現時点においては、質の高いサービスを図る客観的な指標として確立したものはない。このため、今改定においては「介護福祉士の割合」に加えて、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」を暫定的に用いることとするが、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、早急に検討を進めることとする。

サービス提供体制強化加算の新設(平成21年度介護報酬改定)

介護従事者の処遇改善を図り、質が高い介護サービスを提供するための介護報酬上の措置として、以下の事業所について評価。

介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所、

職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所、

24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所

(注)なお、現段階では、介護サービスの質を評価するための指標が必ずしも確立されているとは言えず、今後、介護サービスの質を評価するための具体的な指標についての研究が必要であることから、介護サービスの質を評価する具体的な指標ができるまでの当面の措置とする。

サービス毎の具体的な要件及び単位数（サービス提供体制強化加算）

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。	24単位 / 回
夜間対応型訪問介護	介護福祉士が30%以上配置されていること。 介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	12単位 / 回 (包括型 84単位/人・月)
訪問看護	研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位 / 回
訪問リハビリテーション	3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位 / 回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 介護福祉士が40%以上配置されていること。 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	: 12単位 / 回 : 6単位 / 回 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 要支援1 : : 48単位/人・月、 : 24単位/人・月 要支援2 : : 96単位/人・月、 : 48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位 / 回
小規模多機能型居宅介護	研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 介護福祉士が40%以上配置されていること。 常勤職員が60%以上配置されていること。 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	: 500単位 / 人・月 ・ : 350単位 / 人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護	次のいずれかに該当すること。 <u>介護福祉士が50%以上配置されていること。</u> <u>常勤職員が75%以上配置されていること。</u> <u>3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。</u>	: 12単位 / 人・日 ・ : 6単位 / 人・日

- 1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算の見直しを行う。
- 2 表中 ・ ・ の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。
- 3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービスを直接提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

介護給付費分科会における指摘

- ・ 介護サービスの質を評価するために用いる指標は、客観的な判断が容易で、介護報酬改定の成果についての検証評価過程においてデータをとりやすいものでなくてはならない。
- ・ 現時点では、エビデンスをもった指標の提示は難しいにしても、将来はあきらかなエビデンスに基づく指標の開発が求められる。
- ・ 管理者の経営や人事労務管理の考え方により、質の高いサービスを提供するための職員の組み合わせは多様である。
- ・ 育成型の事業所に不利になる恐れがあることから、個別の事業所を介護報酬上評価する仕組みとしては、勤続年数や有資格者を用いることは適切ではない。

現状の介護サービス事業所で、本当に質が高いサービスが提供されているのか疑問。

介護職員の給与を上げることと併せて、提供するサービスの質を上げなければ保険料を払っている人は納得しないのではないか。

事業所評価加算を介護給付に拡大する場合には、一人の利用者に対して関わったサービスの総合力で状態の維持改善が可能であるという見方で、調査研究が行われるべきではないか。

介護サービスの情報公表制度については、利用者が求めている情報と公表されている調査情報の間にギャップがある。

介護療養病床についても、回復期リハ病棟において導入されている診療の質という考え方を、評価していただきたい。