

## 国民の安心をつくる成長産業としての“介護”

### 1. 拠点施設づくりがあってこそ、地域包括ケアが実現する

- ▶ 地域包括ケアシステムを実現するためには、在宅サービスの充実と効率化を図るとともに、高いケア力を有し、包括的に生活を支えるセーフティネット機能を持つ施設サービスを、地域の資源・機能として有機的に連携させていくべきである。
- ▶ 現在、地域包括支援センターや地域ケア会議などによりコーディネート機能を図ろうとしているところであるが、地域によって普及状況や現在果たしている役割などに大きく差異があり、全国で地域包括ケアを行うための安定した基盤となっていくには不十分である。
- ▶ 地域の実情に合わせて拠点となるべき主体は幅広く求められるべきである。  
特に、これまで高齢者福祉や介護を中心に、低所得者や障害者等の生活困窮者への支援も含む多様なニーズに応じてきた社会福祉法人（介護施設）のセーフティネット機能と豊かなノウハウは、地域包括ケアの現状を補完する主体としての資質を豊富に備えており、大いに活用すべきである。
- ▶ そのために求められるものは、特養ホーム等が積極的に「科学的介護」（根拠に基づきケアを行う取り組み…認知症ケア、看取り、おむつゼロ等）を実践することによって“高機能施設”としての姿を築き、在宅生活を含む地域の介護不安を解消し、安心をつくる「地域包括ケアの拠点施設」となることである。

### ☆全国老施協が推進する「科学的介護」の実践

○5つのゼロ	○4つの自立支援
おむつゼロ～日中おむつゼロへの挑戦～	認知症ケア
骨折ゼロ～骨折ゼロへのリスクマネジメント～	看取りケア
拘束ゼロ～科学的認知症ケアの確立～	リハビリテーション
褥瘡ゼロ～自立のためのリハビリテーション～	口腔ケア
胃瘻ゼロ～口腔機能の正しい理解に基づく介護～	

## ○期待に応えられない「旧措置(無挑戦)型社会福祉法人」、だから改革が…

- 社会福祉法人は、1951年に制定された社会福祉事業法で創設され、行政が行うべき社会福祉事業を民間で担うということから、施設整備・運営とも公的支出（補助金、委託費）によって支えられてきた。  
老人福祉事業が介護保険事業に、措置から契約に、運営から経営に変わったわけだが、社会福祉法人制度はそれに応じた改革がなされてこなかった。
- 先進的な社会福祉法人（介護施設）は収支状況も良く、介護サービスの質向上（原因疾患別のアプローチや水分補給をベースにした認知症ケア、廃用性症候群の予防と改善を目指すリハビリテーションを強化するなど、自立支援介護に取り組んでいる）や社会貢献事業にも積極的である。
- しかしながら、旧態依然の社会福祉法人（介護施設）では、同族経営的な組織、零細企業体質、補助金依存型経営を払拭できず、事業の継続性など将来的課題を抱え、効率化やサービスの質向上にも取り組めない状況が少なからず見受けられる。これらの法人は、科学的介護にも取り組まず、人材育成のための投資も行わず、利用者負担軽減制度はじめ生活困窮者への支援の取り組みにも積極的ではない「無挑戦型」である。
- 「無挑戦型」の社会福祉法人（介護施設）では、在宅：332万人・施設：87万人にも及ぶ介護サービス受給者（2012年3月現在）の期待に到底、応えていくことはできない。自らが「単なる“預かり施設”」からの脱却を図るべきであり、さもなくば市場からの退出も視野に入れるべきである。
- さらに一法人一施設にみられる零細企業体質からの脱却も効率化・キャリアパス構築の観点から必要であり、多様な競争と環境を含有した介護市場の在り方を検討していく中で、社会福祉法人の構造改革についても大いに議論されるべきである。

## 2. 最低限の介護サービスさえ不可能となる「介護人材枯渇時代」

2025年の要介護者755万人と必要な介護職員249万人(100万人以上増)…需給計画すら

- 2025年には要介護・支援認定者数は755万人（H22地域包括ケア研究会報告書）、うち認知症を持つ方は470万人（厚労省推計）に達する。これに対して249万人の介護人材確保（厚労省推計）が必要とされており、現状から100万人以上の増員が求められている。
- 介護人材が枯渇し、増員はおろか確保・定着すら十分に出来ない現状にあって、今でさえ最低限の介護サービスを提供していくことすら危ぶまれている状況下では、一日も早く国家戦略として具体的な介護人材需給計画を示さなければ、我が国の介護施策そのものに対する国民の信頼は失われる。

- 雇用の受け皿として介護・医療・保育分野に大きな期待が寄せられて久しいところであるが、しかしながら現状の社会福祉法人が、他産業からの人材移動を受け入れていくだけの力を備えているとは言い難い。成長産業としての介護を担う法人像を示す、新たな供給体改革（社会福祉法人改革を含め）のための法整備を急がなければならない。
  - ・介護人材に関する現状では、50.3%の事業所で「職員不足を感じる」とする調査結果（介護労働安定センターH22 調査）が出されており、同調査では「いまの介護報酬では十分な賃金が払えない」とする回答も 50.4%に及んでいる。
  - ・求人倍率については、H21 補正予算による「介護職員処遇改善交付金」によって一時的に改善が見られた（0.9 倍）が、H23 には 1.53 倍まで悪化した。
  - ・介護職員の給与については全産業 32.4 万円より 10 万円以上低いとされている。（ホームヘルパー21.8 万円、介護職員 21.6 万円）ただしこの場合、全産業平均との比較における介護職員の平均勤続年数・平均年齢などの違いを考慮しておかねばならない。
  - ・こうした格差改善にはキャリアパスの構築も必要な要素の一つといえるが、現在の小規模事業所優先の政策誘導が続けば、経営上の視点から非正規雇用主体とならざるを得ず、結果として低賃金構造からの脱却は困難と思われる。
  - ・介護保険事業は、公定価格であること、運営基準等により結果として介護職員一人当たり収入（売上）に上限設定がなされていることから、単純に収入増による賃金アップをはかることには限界がある。介護報酬体系における人件費率の在り方については、適正な法人・事業所規模の検証とともに十分な分析が必要である。
  - ・介護の専門スキル化と評価基準の構築、介護福祉士に可能な医療行為の拡大などを通して介護マンパワーを正しく評価し、処遇改善を図る施策を国として設けるべきである。
  - ・同時に EPA（経済連携協定）の拡充などによる外国人介護福祉士候補者の受け入れについても、介護労働力としての適正な評価・位置付けのもとに推進を図るべきである。

### 3. 現状の課題

- 介護保険制度施行以来、「可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう」ということから在宅サービスの充実が当初からの課題とされてきた。
- 近年は、地域包括ケアシステムの確立を第一に掲げ、地域密着・小規模多機能化を柱にサービス設計が進められてきた。平成 24 年度でも、24 時間対応できるサービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」等を中心に、複合型サービスの創設、サービス付き高齢者向け住宅の整備などが法改正を含め推進されている。
- しかし、これら在宅での介護は“家族介護”が前提となり、その補完としてのサービス提供である本質に変わりはない。実態としての世帯状況（高齢者夫婦のみ世帯、高齢者単独世帯、高齢者とその子世帯の増加等）が急激に変化しているなかで、「老老介護」や「認認介護」、「介護離職」などが介護に関わる不安としてますます高まっている現実がある。要介護高齢者に対する虐待、殺人などが絶えず、家族介護者が男性の場合に多く発生していることも、これら生活不安の裏返しといえる。

- 地域包括ケアシステム実現のために地域全体を「居宅」と位置付ける必要性から、介護保険施設についても介護・看護機能を解体し単なる「住まい」にしていく改革が進行している。その一つが、認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム」という）（定員 18 人以下）、地域密着型特養（定員 29 人以下）など小規模事業所の整備である。これらは、市町村権限での許認可とされている。
- 小規模事業所の整備は、地域住民に身近な場所で、「寄り添いの介護」を実現する名目で推奨しているが、経営上から見ても、人員体制、収支状況、サービスの柔軟性・総合性、安全管理など諸問題があり非効率といわざるを得ない。また、単体の小規模事業所では、地域全体を支えていくことは困難であり、地域のサービス提供体制が細断されかねない。なかには「民家改修型」も推奨されており、防火上も安全性に問題があり、将来に渡る介護分野における負の遺産となることが懸念される。
- 事業的には、大手企業によるチェーンまたはフランチャイズ化が進み、また、貧困ビジネスの温床となるなど、地域社会に密着したサービス提供体制とは程遠い状況も生まれている。

#### 4. 国民の安心をつくる普遍の介護保険制度を目指して …「介護保険料 1 万円時代」の到来を阻止するための提案

##### (1) 効率化を図る上で

- 2025 年には、介護保険料負担は第 1 号被保険者で 10,000 円／月、第 2 号被保険者では 11,000 円／月にまで膨らむと推計されている。（日本経済団体連合会提言 H24.11.20）
- 超少子高齢化が進み、労働力人口が激減する中で、社会保障費の抑制は不可避の課題である。介護保険料についても、無駄の撲滅と効率化・重点化をもって「1 万円時代」の到来を阻止しなければ、我が国の介護施策に対する国民の信頼は崩壊し、介護保険制度そのものの瓦解を招きかねない。
- 制度の根幹から総点検を行い、国民の「理解と納得」を得られる構造に改革していかなければならない。

【参考】介護保険制度は、「要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定」を行うため、「全国一律に客観的に」定めた要介護認定基準が設けられている。

さらに特養では、「入所判定指針」が都道府県・指定都市段階の組織ごとに検討され、個々の施設で指針により客観的な入所判定を行っている。要介護度、在宅サービス及び家族の状況等を踏まえた入所判定により、特養における平均要介護度は年々、重度化している。実態として、いわゆる重点化が進行しているのである。

## 1) 要介護度区分の簡素化・介護認定審査会のあり方等について

- 要介護 5 段階・要支援 2 段階に細分化されたほどの介護ニーズ、介護サービス内容の差異はない。サービス提供コスト（人的・物的）についても、現行区分ほどの差異はない。また、介護認定審査会等に要する経費（介護保険に関わる中間経費）も看過できない。
- 要介護度区分を 5 段階から「3 段階」程度に変更、簡素化することも検討すべきである。
- 要支援者に対する介護予防事業についても、要介護者サービスに便宜上「介護予防」をかぶせただけのものが多く、その効果・必要性の検証を十分行い、サービス内容について検討を行うべきである。また、介護保険対象外として、市町村事業として予防事業を行う場合には、地域格差を生じないような方策を講じるべきである。
- 要介護認定のシステムについても、一次判定をもとに認定を行い、この結果に不服がある場合に介護認定審査会に諮ることとし、現状の不服申立て・再申請手続きの整合性を諮ることによって簡素化を図るべきである。

## 2) 都道府県負担（施設 17.5%・在宅 12.5%）施設は 5%高の是正

- 介護保険の公費負担割合は、平成 18 年度の三位一体改革により、都道府県の負担区分は施設給付分が在宅・地域密着区分より 5%高くなっている。
- 都道府県 17.5%となったことにより、都道府県知事許可の（広域型）特養整備にブレーキが掛かり、市町村長許認可である地域密着型のグループホームや地域密着型特養（29 人）整備にシフトされ、結果として介護事業の非効率化をもたらす要因となっている。
- 効率的な施設サービス提供のためにも、このアンフェアな負担割合は早急に是正すべきである。

## 3) 適正なアセスメントとケアプランを導く…ケアプランの有料化

- 「利用者負担なくしてケアマネジメントの質向上はありえない」として、ケアマネジメントの質と同時に、提供される各サービスの必要性についても検証するシステムづくりを目指し、2010 年にケアプラン作成の有料化が提案されたところである。
- ケアプランについては、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」においても、「アセスメントが必ずしも十分でない」「多職種協働が十分に機能していない」など多くの課題が指摘され、質の向上と評価について検討されているところである。
- 負担に見合ったケアプラン作成を推進することで、これまで以上に説明責任を果たすケアマネジメント業務が求められることとなり、これをもって個々のケアマネジメントに対する評価が付与され、ケアマネジャーの地位向上と適正評価のインセンティブとして機能することが期待される。

- しかしながら行政の福祉機能が低下する中で、有料化によって介護サービスを必要とする低所得者や、精神・身体等に障害を有する方々へのサービス提供にあたっての窓口機能の維持、ケアマネジャーと利用者の公平な関係性の担保などが危惧されており、予め整理しておくべき課題は多い。
- 施設においては、介護保険サービス提供の骨格であるケアプランの作成について、更に自立支援を図るためにケアマネジャーの専従化を図るべきである。

## (2) 特別養護老人ホームについて

- 新規整備については全室個室ユニット化に規制し、介護報酬上も格差を設けるなどの政策誘導が図られ、その先には高額な居住費設定と介護・看護サービス等の外付け化により、サービス付き高齢者向け住宅と変わらぬ方向へと進められようとしている。
- 国民年金（月平均 5.5 万円）のみの世帯層が 2,850 万人と言われる中で、ユニット型個室（利用料 13 万円以上）への施設入所が現実的には不可能な状況がうみ出されている。
- 介護現場の取り組みとして、複数定員の「多床室（利用料約 8 万円）」では、家具調間仕切りによるプライバシー確保などが進められている。これらの取り組みを評価するとともに地域ニーズに沿った施設整備を推進すべきである。
- 2012 年 3 月現在の介護保険サービス利用者数は、在宅サービス利用者：332 万人、施設サービス利用者 87 万人（うち特別養護老人ホーム（以下「特養」という）46 万人）である。
- 施設サービスについては、利用者 87 万人のほかに特養入所希望者が少なくとも 42.1 万人いることが厚労省の調査で明らかになっている。（平成 21 年 12 月調査）  
しかし「在宅のみ」「特養以外の介護施設入所者除外」などの 14 府県の数字を加味すると約 50 万人の特養入所希望者が存在すると考えられる。
- このことから、在宅における要介護 3 以上の待機者 12 万人、介護療養型施設・介護老人保健施設等の特養以外の施設での待機者 10 万人を考慮すると、少なくとも 20 万人分の特養の緊急整備が必要である。  
地域包括ケアシステムの在り方を議論するにあたって、こうした現状を見過ごしたままでは、国民ニーズに則した議論は難しい。

### 1) 全室個室規制及び補足給付について

- 平成 17 年介護保険法改正により、居室・食事に関わる費用は介護給付費対象から除外された。これにより、居室・食事に関わる費用は、コスト計算に基づき各施設が設定し、原則、全額利用者負担とされた。
- 人員・設備等に関する基準が個室ユニット型と多床室型で分かれているのは、介護給付（報酬）単価に差異を設けていることから生じている。しかし、厚生労働省は、都道府

県・市町村に許認可権限等が委譲されることに伴う「国が定める基準」として、「居室定員1名」により個室しか認めないこととした。

- 公的保険制度として負担と給付の在り方を整理していくことは、国の制度設計者としての責任であるが、全額利用者負担（保険外給付）とされた居室に関わる形態については、本来、地域の生活状況・ニーズを踏まえて事業者の自由裁量とされるべきものである。
- 低所得者に対する特定入所者介護サービス費（補足給付）について、介護保険で継続するか、生活保護等の福祉制度で補完するか等は、社会保障制度全体の課題として議論すべきである。その際、介護保険制度で低所得者対応を行う考え方も、保険料負担と同様に被保険者間の互助として福祉性を持たせる意義として考慮されてよいのではないか。

## 2) 特別養護老人ホームの内部留保について

- 社会福祉法人の内部留保 1.8 兆円（特養平均3億円）問題が議論されて久しいところであるが、社会福祉法人においては配当や法人外資金流出は禁止されており、介護保険事業等で得た利益は社会福祉事業にしか充当できず、法人本部への充当上限設定など社会福祉法人の社会的使命発揮に大きな規制が課せられている。
- しかも新会計基準では、第4号基本金の廃止により新たな事業に投資しても法人全体では内部留保額は減らない構造になっている。
- 社会福祉法人の会計の透明性を語る観点からも、「第4号基本金」の再設定だけでなく、事業の適正な運営・継続に必要な資金について「(仮称) 運営責任準備金」・「(仮称) 建替準備基本金」・「大規模修繕積立金」等の目的ある積立金等を設定し、その法人の持つ資金（内部留保）などの財務状況や経営状況（方針）の明確化が図れる会計制度に改善すべきである。
- なお、全国老協の平成23年度収支状況等調査（決算額調査）では、いわゆる内部留保は4.2億円であり、保有する現預金等2.7億円のうち2億円は自己金融機能（正味減価償却費相当額）での資金（いわば建替のための資金）であり、実質的にはその差額の6,600万円程度が内部留保とされるべきものである。
- この6,600万円は年間事業収入の2.3ヶ月分であり、介護報酬の精算（収入）が2か月ずれることなどから事業所は最低限2か月分の運転資金を確保していなければ正常な運営ができないことから、過大な資金を内部留保しているとは言えない。

# “2025年型 特養ホーム”は こうあるべき!

## 「超高齢・介護成熟社会」 …地域包括ケアの中核を担う

全国老協では、要介護リスクがピークを迎える2025年を「超高齢・介護成熟社会」とすべく、有識者のもとで座談会を開催した。

国民の生活を支える「地域包括ケア」の中核となるべく、介護事業体の刷新と高機能化を図るとともに、地域をつくる新成長産業として飛躍するための“2025年型特養ホームのあるべき姿”をご提示いただいた。

### ●介護保険制度の基本「自立支援」機能をいかに高めるか

～“預り施設”からの脱却と地域の福祉・介護の拠点

『循環型特養ホーム』へ～

### ●「在宅=幸せ」「在宅=安上がり」はもはや固定観念にすぎない…

～国民の真の幸福度と自立支援を確立する介護成熟社会を～

中村 第180回国会で社会保障と税の一体改革法が成立し、消費増税は可決されましたが、医療と介護の将来像は社会保障制度改革国民会議に全てを委ねた形になりました。しかも、消費税を5%から8%、10%にアップするのにあれだけ難産を極めたにも関わらず、医療保険はもとより、介護保険料の負担は国民の議論なく大幅にアップされます。1号被保険者の2012年保険料は5,000円に届く勢いであり、2号被保険者も4,650円、これが2025年には8,200円と、9,300円に上がると言われている。このように、13年後には社会保障に要する費用は1・36倍、うち介護は2・36倍、医療は1・54倍にもなります。この領域に身を置く者としては、制度の無駄を精査し、サービスも含めた構造改革に着手し、我々事業者及び介護保険制度の2025年の在り方をいかに描くか。早急に、これからのあるべき姿、事業者としての真価を問いただし、先生方のご意見を頂戴しながら、13年後に向けたビジョンを作成する必要があります。

中田 今、国の進める地域包括ケアシステム構想について、いろいろな課題が提起されています。今年4月からは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス等の新しいサービスが



## 科学的介護への挑戦

「5つのゼロ おむつゼロ・胃ろうゼロ・骨折ゼロ・拘束ゼロ・褥瘡ゼロ」

「4つの自立支援 認知症ケア・リハビリケア・口腔ケア・看取りケア」

創設されていますが、整備が進んでいないのが現状です。これには、さまざまな要因がありますが、ひとつは小規模な事業者では無理ということ、また地方では人材確保が深刻であるということが挙げられます。そういった状況の中で、特養は2025年の高齢者介護・医療のピークに向けて、持つべき機能を高め、地域において新たな役割を果たす必要があるのではないのでしょうか。その最たるテーマ、具体的な方策が介護の科学化、根拠に基づいた科学的介護です。実は、介護保険制度の中で最も欠けているのは自立支援機能です。施設も在宅も共通した課題ではありますが、住まいとケアが包括され、多職種がチームで関わる特養だからこそ、重度要介護高齢者の自立支援機能を高めることが可能なのです。例えば排泄の自立に向けたおむつゼロの取り組みも、着実に成果を伸ばしています。これには廃用症候群を防ぎ、生活機能の維持・向上のためのケアの実践も深くかかわっています。口腔ケアについても、歯科医師、歯科衛生士といった専門職との連携や、介護の職員が提供できるケアメニューの普遍化に向け、実践のためのガイドブックを作成しているところです。また、認知症ケアの重要性についてはご承知の通りです。厚生労働省を始め、認知症医療・介護に関わる識者や実践者は激増



全国老施協常任顧問・参議院議員 **中村博彦**

する認知症高齢者への有効なケア・ケアを模索していますが、特養は入所者の8割が認知症であり、その介護の歴史も長いことから、まさに特養こそがその第一線を担っているのです。その認知症介護の実績に、新たな根拠とアプローチ手法を盛り込むために、現在は原因疾患の特徴を踏まえた関わりや関連する医療情報を把握し、適切な薬剤管理を行うことをケアプランに反映させるモデルを作ろうとしています。さらに、その先に訪れる看取りをどうするか。在宅医療・介護の体制、家族介護力・地域介護力の衰退を考えると、自宅での看取りは望ましいけれどもなかなか難しい。現在特養で看取りを実施しているのは、約4割くらいですが、今後はさらに積極的に全

ての施設が取り組み、尊厳あるケアの集大成として確立しなければならぬ。これらのケアを標準化し、全体的な特養が取り組むことによって、社会的評価の向上につながり、地域の介護・福祉拠点として、中核的な存在に成り得ると考えています。それ

れから、社会福祉法人として、地域貢献は不可欠です。法人減免制度等、低所得者対策はもちろん、地域の中で社会的弱者に対する支援であるとか、雇用の創出等ひとつの産業としての使命を果たさなければなりません。そういった背景もぜひご考慮いただきながら、皆様からのご意見を頂ければと思います。

**古川** 私は厚生次官、官房副長官を退官して10年近くになりますが、現在は東京都社会福祉協議会会長、社会福祉法人恩賜財団母子愛育会理事長の職に就いております。そういった関係上、日本の少子高齢化及び医療・介護の問題には興味関心を強く持つところと申します。思うところを申しま

すと、2030年頃には75歳以上が2200万人、これは大変な数字に見えますが、日本人の寿命や心身の機能から見れば、実際は8掛けくらいではないでしょうか。私は現在78歳ですが、自分自身では還暦を少し過ぎた程度の認識です。従って、発想を変えて、平均年齢が今以上に高くなった場合、サービスの受け手という概念を捨て、元気な時はサービスを提供する側にまわる、という考え方もひとつ必要だと思います。もうひとつは、無駄の排除ということですが、まずは構造的な無駄を省く必要があります。例えば、確保が難しいという看護師・助産師が全国で60万人から64万人、資格を持っていながら就労していない実態があります。なぜ、働くことができないのか。例えば結婚や出産によって退職し、復帰する時に、慣らし期間もなくいきなり現場に戻るのが不安であるとか、勤務の形態が子育てと両立しにくいか、社会的な規制・制約があるの

が実態です。資格や志を持った人たちが、気持ち良く参画できるような仕組みが必要だと考えています。

**中村** これまでの地域包括ケアシステム



### テーマ① 介護保険制度の 歴史と変遷

ムの歴史をたどれば、広島県の公立みづき総合病院の山口昇先生が起点で、本来は病院・特養を中心として在宅医療・介護サービスを展開しています。しかし、残念なことに、一般の地域包括ケアシステム構想の概念には特養は存在しないものとして描かれていました。特養は、ケアも、住まいも、専門職やノウハウなど多くの機能を備えながら、地域における中核施設という位置付けにないとされているのです。こういった不当な評価に対して、我々は地域のニーズに応え進化しなくてはならない、特養が科学的介護を確立し、高機能施設として自らの存在を再認識しなければならぬと警鐘を鳴らしています。

**古川** 地域包括ケアシステムについては、国は在宅ケアを推進していますが、二者択一的な議論をするのは非常に危険であると思っています。なぜなら、在宅における24時間対応のサービスは、現実的には受け皿がまだまだ整っていない。数量的に整備したとしても、重度化や個々の状態変化に対応するには、施設のサポート体制が必要なのです。もう少し、理想や理念だけでなく、現実や地域実態に即して、踏み込んだ議論をしないと、画としては立派でも、結果として地域の人々が不幸になりかねないのではないのでしょうか。また、

施設ケアを充実させて、そこで元気に  
なれば在宅へ戻す、というやり方があ  
りますが、本当に施設で生活していた  
高齢者が在宅へ戻れるのか、まだまだ  
現実味が薄いと感じています。もちろ  
ん、施設介護も在宅介護もつと体制  
が整えば、戻るといふ選択肢もあるか  
もしれませんが、実際は終の棲家にな  
ることが多い。希望を大切にすること  
も併せて、理想と現実をしつかり見据  
えなければなりません。また、地域包  
括ケアシステムを地方で、となればま  
ずは医師が絶対的に不足します。

そうすると、現状の医療・看護の守  
備範囲を見直し、看護職や介護職が生  
活期に必要な一定の医療行為を行う仕  
組みでなければ、成り立つはずがあり  
ません。そういった在宅生活の在り方  
も、施設の介護の専門性向上も、最終  
的に利用する人たちが幸せか幸せでな  
いかという事が、この問題の原点であ  
ると思います。

**近藤** 私は厚生省社会局施設課の係  
長、課長を務め、またその後介護保険  
法の創設に携わった経緯があります。  
地域包括ケアシステムの概念そのもの  
は、確かに30年前に公立みつき総合病  
院から始まって、その当時はまだ医療  
が中心ですから、地域包括医療、医療  
のみを指していました。病院で患者を  
治療しても、自宅に戻ればすぐに寝た

きりになってしまふ、その対策として  
地域に医療が出て行くことが必要だと  
考えたのです。その後、高齢者保健福  
祉推進10カ年戦略（以下、ゴールドプ  
ラン）をはじめ、介護のシステムが普  
及してきたことから、山口先生は特養、  
老健、訪問介護、訪問看護を作り、地  
域を包括した医療・介護のシステムを  
構築されました。そうして、厚生労働  
省はその概念をいわば借用した形で、  
現在の地域包括ケアシステムを作り上  
げた、それが歴史的経緯です。従っ  
て、概念的には当然、基本は大きなセ  
ンターがあり、そこから医療も介護も  
出かけて行ってサービスを提供し、地  
域間や施設・在宅間の連携を作る。地  
域包括ケアシステムとは、施設ケアと  
在宅ケアの連携システムであり、なお

かつ医療と介護の連携システムなので  
すから、現状は全くおかしな話になっ  
ているわけです。今までで一番実績があ  
って、能力があるのは施設であり、  
病院です。施設を中心はどういった形  
で進めていくのかを基軸として、今後  
もそうあるべきだと思います。ただ、  
現状ではあまりにも在宅サービスが貧  
弱です。特に都市部は、財政的に施設  
整備をどんどん進めるのは難しいこと  
や、近距離に要介護者が多くいること  
から、やはり在宅医療・介護を進める  
必要があります。しかしまたここで問  
題があって、在宅サービス拡充のため  
には住居をバリアフリーの環境に整え  
る必要があるのですが、これが国土交  
通省（旧建設省）の協力が得られない  
まま、介護保険制度はスタートして

しまいました。今でこそ、国土交通省  
は高齢者の住まいの整備に積極的であ  
るが、我々としては忸怩たる思いです。  
施設と在宅は両輪ですから、ここへ  
来て非常に弱い在宅サービスを強化す  
るために、厚生労働省はかなり極端な  
やり方をしたのではないかと、というの  
が私の推測です。しかし、団地や大都  
市部には在宅対策が必要ですが、在宅  
サービスの実情は地方によって異なり  
ますし、過疎地で24時間体制はとても  
無理でしょう。

もうひとつ、終末期の在り方として、  
延命こそ医療の命といった現在の価値  
観から、自然死、平穏死といった流れ  
を受け入れる意識改革が必要です。尊  
厳死といった考え方もかなり普及はし  
てきましたが、むやみやたらな延命は



**古川貞二郎氏**

- 1934年 佐賀県生まれ
- 1958年 九州大学法学部卒業 長崎県庁入庁
- 1960年 厚生省入省
- 1986年 内閣官房首席内閣参事官（現在の内閣総務官にあたる）
- 1993年 厚生事務次官
- 1994年 厚生省顧問
- 1995年 内閣官房副長官
- 2003年 9月22日退官
- 2003年 早稲田大学大学院公共経営研究科客員教授（兼任）
- 2004年 7月1日 九州電力株式会社非常勤顧問
- 2006年 春の叙勲で勲一等旭日大綬章を授与
- 現在は社会福祉法人 恩賜財団 母子愛育会理事長

やめさせる必要があると思います。日本の財政がどんどん厳しくなる中で、社会保障制度の将来的な効率性を考えなければなりません。今や福祉の業界は大事業ですから、大事業を支えるためには経済の効率性を強く追求しないといけないと思っています。

**中村** 今、施設と在宅は両輪、とあり

ましたが、**現在在宅サービス利用者が314万人、施設入所者は84万人**です。

しかし、これらのサービスを受けている方たちの安心度と満足度はどうでしょうか。**老老介護、認知介護、介護**

**離職、介護難民**…これらをどう解消す

るのか。厚生労働省の目指す地域包括ケアシステムの実現で、解決できる余地がどれだけあるのか。効率性という観点から見ると、まず要介護認定の現行制度を見直す時期ではないかと思えます。要支援から要介護5まで、果たしてここまで微細に分ける必要があるのか、しかも調査から一次判定、二次判定に至るまでかなりの費用を要します。例えばドイツのように3段階、という方法もある。日本の介護保険制度の無駄構造になっていないかということです。ケアプラン作成にかかる利用者負担についても、利用者や国民の声を聞くのは当然として、制度としての議論が必要だと思います。さらに、私たちが問題視しているのが、個室ユニッ



**近藤純五郎氏**

1943年 生まれ  
1966年 京都大学法学部卒業 厚生省入省  
1994年 年金局長 大臣官房長  
老人保健福祉局長 保険局長  
2001年 厚生労働事務次官  
2002年 退官  
現在は弁護士

ト型二辺倒の施設整備です。確かに年金収入や所得のある利用者にはいいでしょうが、国民年金層は平均して月額5万5千円くらいの受給額です。そういった方たちが約3000万人を数えるという中で、個室ユニット施設を標準にしてよいのか。いわば新幹線のグリーン席をスタンダードにして、介護保険制度の持続可能性は担保できるのでしょうか。

**丹呉** 財源についてですが、私は介護保険制度の創設当時、財務省に在籍しておりました。また2年前に退官いたしましたので、今でも医療・介護のさまざまな会議に出ることがありますが、高齢化に伴って介護だけではなく、高齢者医療の問題も深刻です。最

近感するのは、**医療・介護の前に健康**

**寿命をどうやって延ばすか**、そのこと

をもっと考える必要があるということです。一般に75歳以上になると要介護度が急に高くなるのですが、仕事をしていたり地域でいろいろ活動をしていると、その後の要介護状態になる確率が大きく違います。千葉県柏市のプロジェクトのお手伝いをさせていただいたり、三重県玉城町のデジタルシニアの取り組みを見ると、よくわかります。医療技術の問題もあるでしょうが、健康寿命をどう捉えるのか、社会のシステム全体を変えていくことが重要です。そういった地域の実情を見ても、**厚生労働省の方針は理念先行が過ぎる**のではないかと思います。特に介護施策は地域に任せると言っていたはずで

す。それが今、非常に二者択一的になっている。日本全国を歩いてみると、北海道や新潟のような雪国もあるわけですが、そこで24時間体制の地域包括ケアはできません。国はどうしても財源の問題から、経済成長に見合った形で社会保障給付を考える必要があるのですが、**具体的な仕組みについては、もつと地域に裁量を任せるという形でよい**のではないかと思います。それは住まいの問題も含めてであって、特養の整備を認めず、サービス付き高齢者向け住宅がどつと作られるのもおかしな話です。それから、コストの問題についても社会福祉法人に適用されるかどうかわかりませんが、医療事業者の勉強会等では興味深い報告を聞くことがあります。たとえば、これだけ情報通信が発達していますから、スマートフォンを活用して在庫管理を行う等、これは科学的介護にも繋がる部分もあるのではないのでしょうか。データに基づいて、何が一番有効なのかをきちんと検証することがまず重要なのですが、医療の費用対効果分析などもここからなされています。介護の領域でも、看取りや口腔ケア、認知症ケア、どういった仕組がが一番よいのかデータを蓄積して、それを厚生労働省が吸い上げるといのが理想的だと思えます。社会福祉法人といっても、本当にいろいろな法人があるのだと実感しています。社

会福祉法人も地域も、もう少し主体的な事業経営が可能になるような自立性を高める仕組みにもっていくべきです。もちろん評価によるフィードバックの仕組みも必要です。いずれにせよ、高齢者施設といっても特養、老健、有料老人ホームもあるわけで、更にサービス付き高齢者向けケア住宅と、トータルとして高齢者が満足できるような情報発信や横断的な連絡等を老施設が担っていただければと思います。

**古川** かつて平成6年に厚生事務次官を務めていた時に、厚生省を挙げて介護対策本部という組織を立ち上げました。われわれは昭和30年代に入庁して、しゃかりきになって日本の社会保障制度の充実のために頑張ってきた。しかし、それが却って日本人の肉親の絆とか、親子の絆とかを薄くしたのではないかと、つまり公的支援とか社会的支援が逆に絆を薄くしてきたのではないかと感じる必要があるのです。数年前に、群馬県の渋川市で無届けの高齢者施設が火災を起こし、入所者10人が亡くなられた事件がありました。その入所者のほとんどが東京都の墨田区の住民でした。その後、私どもは東京都と協議し、厚生労働省、全国社会福祉協議会会長等にお願いで、都市型軽費老人ホーム(注釈1)という制度を創設しました。東京は土地が高額で確保が困難

であり、施設の建設が進まないことから、入所者は群馬県渋川市まで受け皿を求めて移動していました。それが、

市内の利用可能な土地を活用して、規制緩和と財政支援による都市型軽費老人ホームを整備することによって、もとの居住地の近くで入所でき、身内や知り合いが入所者のところへ集ったりすることが可能になりました。社会保障や介護・福祉というのは、公的支援、社会的支援が重要ではあるけれども、それが親子・肉親の絆を弱めるものであつてはならない。むしろそれを強化するべきものなのです。そして、財政の問題だけでなく、**公的支援や社会的支援とは公共の宝であること**を、**利用する人も医師も施設職員も**もつと**国民運動的な意識で捉えていかなければ**

ばならないのです。

**服部** 介護保険制度の作られた時代の経緯を改めて伺い、様々な思いを感じています。介護保険制度が始まって、もう13年ですが、実はドイツでは、介護保険制度の創設後5年で赤字になっています。一方で日本は、介護保険の利用者が3倍に増加してもなお、黒字財政を保っています。もちろん厚生労働省の政策という面もありますが、何よりも介護現場の努力あつての成果であることをまず認識していただきたい。

私は、現場で12年間、居宅のケアプランを作成してきました。例えば在宅の要介護者では、住み換えをしなくても、住宅を改修することで階段や手す

**注釈 1**  
都市型軽費老人ホームとは、大都市における低所得高齢者のすまいの問題を解決するため、東京都の要請によって厚生労働省が平成22年4月に省令を一部改正して創設した事業。従来の軽費老人ホームに比較して、入所定員、居室及び共有部分等の基準が大きく緩和されている。

りが改善され、転倒が原因で介護が必要になる人の数は減少しています。些細なことかもしれないですが、様々な面でサービスの効果や財源への影響等を見て行く必要があると思います。先ほど、ゴールドプランの話が出ましたが、あの政策は消費税導入と時期を同



## 丹呉泰健氏

- 1951年 東京都生まれ
  - 1974年 東京大学法学部卒業 大蔵省入省
  - 1992年 大蔵省主計局主計企画官
  - 1994年 同局主計官 (厚生・労働)
  - 1997年 同局主計官 (総務課)
  - 1998年 大臣官房文書課長
  - 2000年 同省主計局次長
  - 2001年 首相秘書官 (小泉純一郎首相)
  - 2006年 財務省大臣官房付
  - 2007年 財務省官房長
  - 2008年 財務省主計局長
  - 2009年 財務事務次官
  - 2010年 退官 財務省顧問
- 現在は経団連主査、読売新聞グループ本社監査役、内閣官房参与



全国老施協 会長 **中田清**

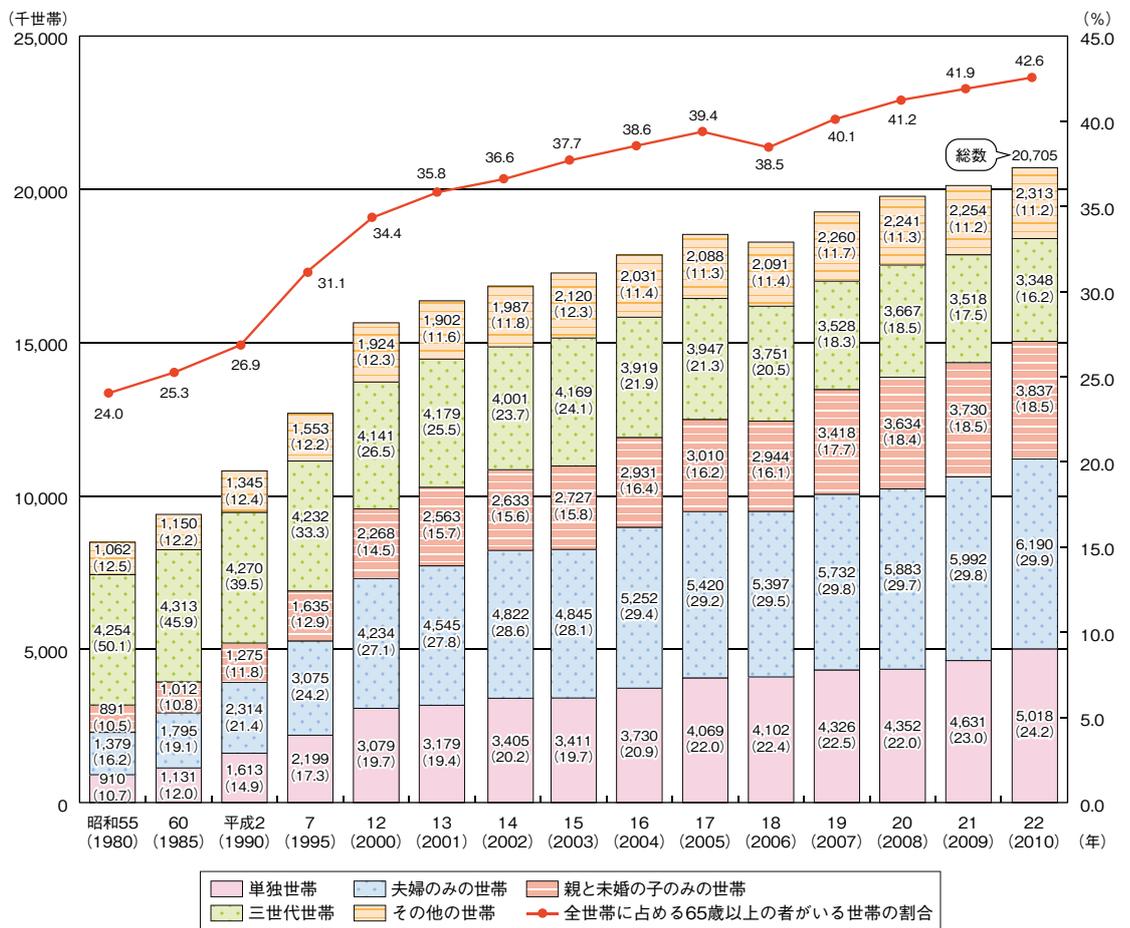
じくして策定されたものでした。10年後の高齢者施策をどうするのか、具体的な数値目標が示されたのは初めてだったのでないかと思えます。あの時に、施設から在宅へ政策転換があったわけですが、当時の高齢者世帯の構成を見ると、3世代同居が最も多かったんですね（図1）。つまり、ゴールドプランの数値目標は、3世代同居を前提としたものだったと言えるのですが、それが今では独居が28%、高齢者夫婦のみが33%、3世代同居は1割を切っています。こんな状況で、在宅に介護力があるわけがない。一般的に老介護と言われるものが、夫婦におけるものとは限りません。100歳を超えた親を、70歳が看取するというケースもありますし、ここまで長寿化が進む

と、在宅で介護しようにも現実的には難しくなっています。しかし、残念ながら、介護保険制度は、家族介護力ありきの制度設計から抜かれていません。現行の制度で、在宅介護が本当に困難になっているのは、根本的な問題があるからです。また、介護保険と医療費の相関性も見過ぎません。高騰する高齢者医療の負担を「保健・医

療・福祉」という表現によって、新たにできた介護保険による対応に切り替えてようとしたわけですが、今の地域包括ケアシステムのキャッチフレーズも

また、「医療・介護・予防・住まい」です。この「医療」とは何か。地域の病院では、入院患者のうち70歳以上が58%ほどです。入院と外来とを比較す

(図1) 65歳以上の者がいる世帯数及び、構成割合（世帯構造別）



資料：昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」  
 (注1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。  
 (注2) ( )内の数字は、65歳以上の者がいる世帯総数に占める割合 (%)  
 (注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

出典：平成24年版高齢社会白書【内閣府】

ると、1日当たりの医療費は実に3倍になる。これに対して、高齢の入院患者をいかに医療費ではない介護保険で診るかという流れの中で、特養はもちろん、老健にもグループホームにも看取り加算が作られた背景になったわけです。

在宅介護に移行できる状況の方で、本人も希望するのであれば理想的ですが、在宅サービスは現実的に十分ではない。一方で施設にも待機者が並んでいて、入所は容易ではない。ここで、「住まい」というカテゴリーが出てきます。施設を整備するよりは、公費のかららない、高齢者向けの住まいを整えて、集まってもらえれば効率的というわけです。しかし高齢者にとってみれば、「住まい」と言っても長く住み慣れた「我が家」に住んでこそ居場所があるわけですから、費用の効率、介護の効率を重視した住宅を増やすことは望んでいないでしょう。また、どうしても24時間専門的なケアが必要な時期が来た時に、サービス付き高齢者向け住宅で可能かといえば疑問です。施設のトータルケアである医療も看護も、介護も栄養もリハビリも、その選択肢を縮小してはいけないと思います。それを住まいで、となると、非常に不安なものになるか、自費がかかる。いざれにしても極めて難しい。特養待機者の問題も、在宅介護の限界を実感して、

施設にはいつ入所できるかわからないという強い不安に駆られて申し込む人も多いわけですから、在宅生活を少しでも長くサポートするサービスの拡充を急ぐことも必要です。そして最後に在宅が難しくなったとき、トータル的なサービスが受けられるという安心の選択肢があることが何よりも重要なことです。私自身も看取りケアに関わった経験はありますが、**看取りは医療ではない**と思っています。もちろん、痛みのコントロール等、医療の対応は必要ですが、コアは介護にあると思います。本当に安らかに、心落ち着いて最期のときを迎えるという環境づくりも含め、最後の皆をきっちり確保することは、日本の高齢者介護から絶対に外してはならない要件です。

**石飛** 高齢者は老衰で亡くなる、その単純な事実医療がどこまで介入すべきか、という問題ですね。**日本の医療は出来高払いで、介入しようとするばいくらでもできる。**適切な医療は当然必要ですが、自力で寝返りも打てない寝たきりの高齢者に対して、40万人、50万人も胃ろうを造設しているのは日本だけです。急性期病院では、つい先日も搬送されてきた高齢者がまた誤嚥性肺炎で運ばれて来る。若い医師は「自分達は何をすればいいんだ」という思いに悩みながら、結局は肺炎を治療し

ますが、平均在院日数を短縮するため、ともかく胃ろうを造設して退院してもらおうことになる。介護施設では、とにかく毎日3食を食べさせることに一生懸命のあまり、まるで誤嚥性肺炎製造工場のように、病院に運ばれると胃ろう製造工場、の悪循環になるわけです。

近年では、医療も意識が変わりつつあります。高齢者への医療の関わりを、特養等での実習を通して、若い医師に学ばせるようになってきています。高齢になれば病態の巣になっていますから、それを本人の生活や尊厳を軸にどう考え、どう折り合いをつけるか。それらをサポートするのが、これからの医師の大事な役割だと思います。そういう意味では、施設での介護というのは、現実に医療

と介護が融合して、これからの高齢社会の望ましいあり方を実現できる良い機会です。特養は**公的な性格も持っていますから、ここでこそ日本の高齢者医療・介護の理想をしっかりと育て、本当の「人**

生」を送ることができる、世界に冠たる立派な国として成熟する場となっていくべきです。

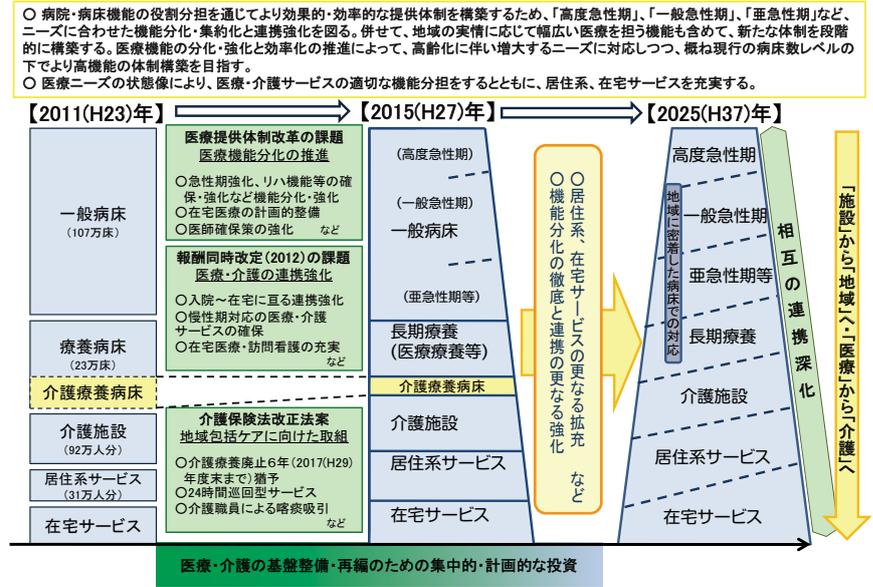
**中田** 石飛先生は、先般『平穏死という選択』という著書を執筆されまして、現役の特養の常勤医師というお立場から、我が国の高齢者の終末期のあり方について大きな提言を投げかけられています。現在、特養の半数近くが看取り介護を実践していますが、これから急速に増加する看取りの場の確保の問題を考えると、すべての特養が取り組まねばならないテーマです。しかし、**今の地域包括ケアシステムでは、その特養の機能を分解して、「家」「住まい」という位置づけに、という流れに向かっているわけです。** 現行のパッケージ



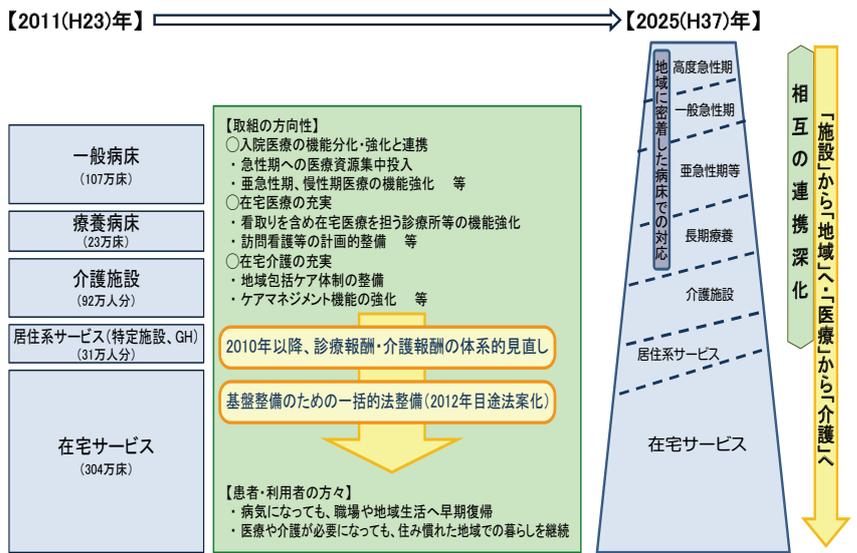
服部メディカル研究所 所長  
立教大学コミュニティ福祉学部 福祉学科 講師 (前教授)

## 服部万里子氏

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ



(図2) 23年の在宅は (服部氏修正)



ジになっていくサービスを、たとえばケアも、医療も相談支援も外から持つてくる、そういった中で看取りまでを求めようとしている。我々としては、施設も在宅も車の両輪として互いに機能してこそ、と訴えているのですが、やはり、家族介護力を前提とした在宅サービス路線は顕著であり、そこに強い危機意識を持っているわけです。

服部 実は、厚生労働省の示した図そのものに矛盾があります(図2)。この図は2011年の実績に基づいており、在宅サービス利用者は304万人なのですが、この図では居住系サービスの31万人と同じくらいの幅で描かれています。他の施設も療養病床も一般病棟もそれぞれの実績に見合った幅で描かれているのに、なぜ在宅サービスの部分だけ縮尺が異なるのか。した

がって、右に表されている2025年では在宅サービスがこんなにも拡充されます、居住系がこんなに整備されますと書いてありますが、実際は2011年の介護保険サービスの71%が在宅ですから、もともとの想定が異なっており、2025年がこの図の通りになるわけがない。実数に基づいていながら、データとしては正しくないわけです(図3)。急性期医療に力を

入れて、回復さえすれば患者数が減少するという考え方があって、そこに重点が置かれているのはわかります。しかし、これから増加するのは、要介護度が重く、医療ニーズの必要度が高い人たちであって、その人たちはどこが受け皿となるのでしょうか。もちろん在宅という選択もありますが、圧倒的な人数が難民化すると思います。これからの特養は、医療との連携が必要ですが、むしろナーシングホーム的な意味合いが必要であり、介護職の医行為にしても医療・看護・介護の流れによる連携でなければ、非常にリスクが大きくなります。増加する医療ニーズに対して、介護職が医行為をすれば解決するというのはい面的過ぎます。特養においては、まずは看護・介護、そして施設長には医師が少ないわけですから、医療を確保する。そうして一体的にサービス提供が可能な施設を、地域包括ケアシステムの中で選択肢として必ず一つ入れておかなければ、行き場所がなくなる人が必ず出てきます。

石飛 そのとおりだと思います。終末期の医療は、人生途上の病気の治療とは異なります。どんな医療技術をもってしても根治できない状態ばかりです。それを、「これは医療行為が必要ですが」「これは医療行為の対象ではありません」と、その仕分けができるの

はやはり医師です。本来であれば介護保険制度ができた時に、そういった本当の意味での医療と介護の連携が考えられるかと期待しましたが、現実には割りになってしまいました。介護施設で必要な医療行為を行っても、診療報酬は適用されませんから、全部外部の医療機関に出来高払いでやってもらってください、ということになる。常勤医師がいる特養は稀です。そうすると、入所者の日ごとの状態や老衰の下り坂をよく把握していない医師が、看護師から症状だけを聞き取って検査、薬だと処置をする。出来高払いのインセンティブで動きますから、本人にとって何が本当に必要かとか、何が本人のためになるのかとかは当然考えません。しかし、実は介護の現場で日夜入所者に接している介護職員は、むしろそのことを中心に捉え、しっかりと考えているのです。しかし、それが本人を中心にうまく繋がらない、ということなんです。

テーマ②  
**社会福祉法人の分水嶺**

中村 今、われわれ社会福祉法人を巡ってのさまざまな論議のひとつとして、収支差額の格差の問題があります。同じ介護報酬に基づいて、同じ介護保険施設を経営していながら、実に28・

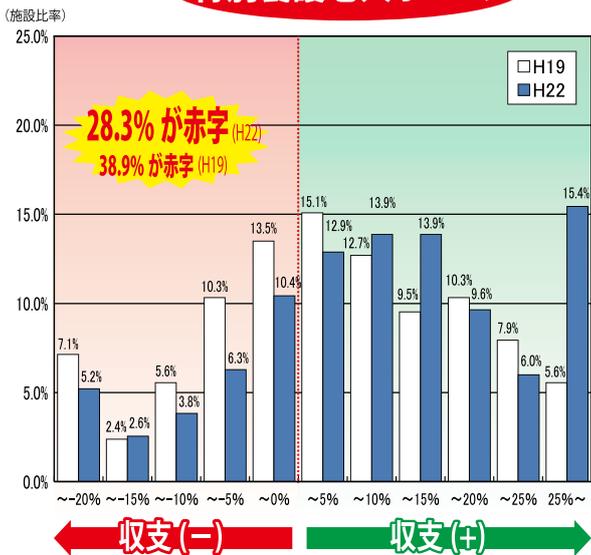
3%は赤字経営です。老健も同様に分析しますと、32・4%が赤字となっています(図4)。効率やコストを促すガバナンスの有無によって、利益率の格差が大変大きい。老健も同じような比率が見られます。その一方で、特養の繰越金、いわゆる内部留保の問題が取り沙汰され、現在約2兆円になっているだろうと言われてます。1施設あたり約3億円になるわけですが、財務省も調査を行い、厚生労働省もその考え方に言及し始めています。我々にしてみれば、責任準備金(運転資金、修繕・人件費積立(引当)等)は当然必要ですし、今や大規模修繕、減価償却が終わって建て替える場合でも、かつてのような補助金はありません。しかも内部留保は現預金だけではないの

です。事業拡充のために資金を投入しても、資産に変わるだけで帳簿上の額が減らない会計処理上の問題がある。例えば特養の内部留保を、新たなグループホーム建設資金の一部に充てた場合、繰入金の相当額がグループホームの固定資産(建物の一部、しかも基本財産)となり、グルー

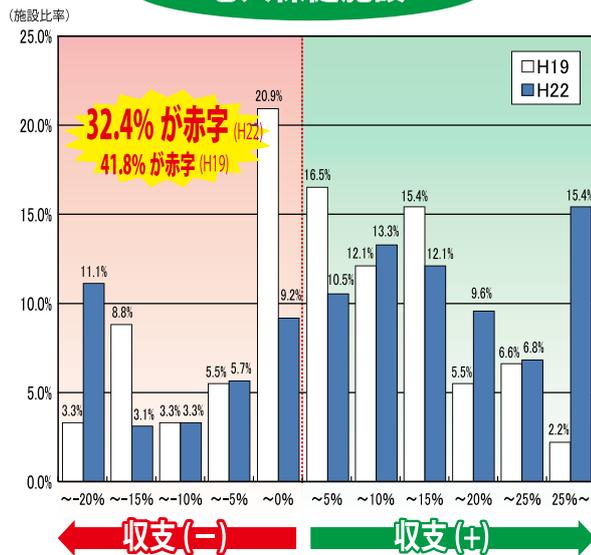


特別養護老人ホーム「芦花ホーム」医師  
**石飛幸三氏**

**特別養護老人ホーム**



**老人保健施設**



(図4) 介護施設収支差率分布 (特養・老健)

出典：厚労省・平成22年度介護保険事業経営概況調査 (H23.7.14公表)

プホームの内部留保がその額だけ増加する仕組みです。それを含めて、この

内部留保を考えていけないといけないのですが、残念なのは科学的介護に積極的に取り組んでいない施設は、ケアの質向上も収支差額管理にもガバナンスがない。経営理念の徹底や人材の育成、確保、コスト管理体制等が徹底していないと、専門性の高いケアの提供は実現できないからです。こうなると、従来型の旧態依然とした社会福祉法人で果たしてそれが成し得るのか。以前の措置時代の受け皿に過ぎなかった社会福祉法人が、どう自らを刷新し、進化化する必要があるのか、私はそのためには供給体改革しかないと考えています。介護保険制度導入以前は、厚生労働省内では受け皿としての具体案は議論されなかったのでしょうか。

**近藤** 現在はまず、公益法人制度改革から始めたところです。もはや死に体となった公益法人は、新たな制度へ移行し、衣替えをするという改革ですが、これらが2008年から5年以内に移行し、一段落着けば、次なる法人改革に着手するのではないかと思います。しかし、その他の法人と言っても、そう単純な話ではないでしょうし、例えば社会福祉法人を変えたところで、そんなに劇的な変化があるとも思えません。おそらく、今の一般財団法人や社団法人、もしくは公益財団のような形になる程度でしょうから、実態として

は何も変わらず、組織の形態が変わるだけでしよう。むしろ経営問題が主題であるべきですから、個々の法人のガバナンスの問題と考えるを得ません。

**丹呉** 財務省の立場や視点から見ると、介護保険制度が導入された時に、在宅サービスには民間事業者が認められました。施設サービスには一切入らないままでしたから、いずれその問題が出てくるのではないかと考えていました。あの時点ですぐ解決できる問題でもなかったのですが、その後は保育所にも、株式会社等が参入してきています。一方、同じ社会福祉法人でもこれだけ収支差額管理にも違いが生じていて、努力する法人、熱心な取り組みをする法人、様々な中で介護報酬も働く職員の待遇も同じようなレベル、という仕組みが本当にいいのか。では、社会福祉法人以外を事業体として認める場合、どこまでを対象とするのか、民間法人や株式会社まで含めるのか、形態はさまざまです。私個人としては、在宅サービスに民間事業者が参入して、課題もあつたけれど結果として淘汰もされているわけですから、やはり社会福祉法人だけではないという姿もあり得るのではないかと考えています。

**中村** 先般、東京都の石原慎太郎知事が辞任する時に、その実績の中で認証保育園について触れられていました。東京都が独自で設けた基準（認証基準）の制度ですが、厚生労働省の定める認可保育園のみでの対応であったら、大都市のニーズに到底、応えられなかったでしょう。パナソニック、シャープといった大手企業がどんどん海外へ移転、流出する中で、介護は新成長産業としてわが国の経済再生を担う立場です。しかし、その雇用の受け皿が一法人一施設の、キャリアパスもつけれない、いわば零細中小法人であるために、常に人材確保と育成を課題としています（図5）。厚生労働省はこれまで、旧措置型

のまま社会福祉法人を放置し、人材確保対策も抜本的な改革はなされませんでした。これはまさに官の弊害以外の何物でもありません。同族経営の、風通しの悪い職場で魅力ある職員が育つかどうかを考えると、改革が必

(図5) 福祉分野と全産業の有効求人倍率

**介護・福祉の人材不足深刻！**



出典：福祉新聞（H24.6.18）全国社会福祉協議会・中央福祉人材センター調べ

要であることは議論の余地がないと思います。

**古川** 今、私が理事長を務める法人でも、160名くらいの規模の幼稚園を経営しています。その他に0〜2歳の認証保育園を23名定員で作ったところ、100人くらいの待機者がいるんですね。東京都もほとんどが一法人一施設ですから、施設が主で法人が従ってしまいい、職員もひとつの業種の

みで刺激がない。東京都では、現在同業種の施設職員の希望を募って、施設の経営や待遇を含めて交流することを検討しています。いずれにしても、一人法人一施設といった体系では、社会福祉法人は立ち行かなくなるでしょう。後継者問題もあります。確かに、昭和30年代、40年代から本当に家族経営で苦勞してやってきた法人もあって、そういう法人は熱意もものすごく強い。しかし、やはり経営者が70歳、80歳となってくれば、いかにして新たな世代へバトンタッチしていくか、次代をつ

くることが重要です。施設の老朽化ひとつとっても、財源問題はもちろん、実際に施設が運営している状態で建て替えるのは大変です。社会福祉法人は今や、経営上もハード、ソフトも一人一施設という形態においては、大きな曲がり角にきています。

**丹呉** 地域包括ケアシステムという政策は、さながら文部科学省のゆとり教育のように、やや理念先行という気がします。次は、どう見直しを図るか。在宅で無理であれば、今も色々な議論

があったように、課題を抱えたままの社会福祉法人が、それらを代わって担う役割を果たせるのか。全国老協には、その仕組みの提言を期待したい。



### テーマ③ 地域包括ケアシステム 構想における特養の 真価と展望

**服部** 内部留保の問題が出ましたが、私はこの繰越金なくしては、老朽化に伴う修繕や建て替えは絶対にできない、ともっと強く訴

えなきゃだと思っています。どんな社会福祉法人に聞いても、どこにも絶対に必要なものです。ただ、どういった計画、どういった目的で必要なのか、その説明が不十分なのだと思います。それから、個室化が進められる中で、建て替えをする特養の入所者、家族に対して、居室形態に関するアンケートを取った施設がありました。一番希望が多かったのは2

人部屋でした。多床室であっても、パーテーションや仕切りの家具等プライバシーに配慮した居室は十分実現できません。そこで、その法人はいつでも個室にできる設計で2人部屋として建て替えました。費用の面、クオリティの面、どちらもあると思いますが、ある程度の選択肢が必要であり、ケアの視点から合う、合わないを判断できるような工夫が必要なのだと思います。



**中村** ケアの視点から考えると、認知症の問題は、深刻な状況に直面しています。平成24年8月、厚生労働省は10年ぶりに認知症高齢者数を調査、発表しました。2012年現在で305万人という実態が明らかになり、これは高齢者の10人に1人が認知症患者という計算です。これまで厚生労働省は平成14年（2002年）のデータをもとにした推計値を使用しており、その数は現状から大きく乖離していました。現在、筑波大学の朝田隆教授を中心に分析されている有病率はもっと高い数値が予想されていますし、周辺家族を含めると1000万人を超える人々が、認知症の問題で苦しんでいることになりました。これまで、日本は国としての認知症施策について明確な戦略を打ち出せておらず、この認知症のケアとケアの場がない結果になっています。しかも、平成24年9月に厚生労働

省が公表した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（以下、オレンジプラン）においては、認知症の介護の専門施設としてはグループホームが位置づけられており、特養は故意に除外されていました。

確かに認知症対応型共同生活介護という名称から、グループホームが認知症介護の本来といったイメージを持たれるのかもしれませんが、共同生活介護という概念上、裏を返すと共同生活ができない人は入所できない、もしくは退所を求められることができるわけです。しかし、特養はどんな重度認知症でケアが大変であっても受け入れ、結果として入所者の8割近くが認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上という数字になっているのです。本来は、特養は身体介護が中心だったわけですが、実態としては日常のケア全ての最前線に立っている。特養こそが認知症介護の最後の砦となっているにも関わらず、**国の描くオレンジプランの構想と、現場で実際に行われているケアとの間には、随分大きなずれがある**と感じます。だからこそ、これから本当の意味で、認知症介護を担っていくのだと強く発信していかなければならないのです。

**石飛** 芦花ホームはこれまで介護地獄の駆け込み寺でした。認知症の入所者

は9割以上です。働きながら家族で介護することが難しく、ようやく入所によって救われる。しかし、その後BPSDが激しくて病院に入院させるようなケースは、私が医師として勤め始めて7年間、ひとつの事例もありません。

介護職員はプロですから、きちんとケアをします。認知症によるさまざまな症状は、家族や近い人の方がパニックになり、さらに介護を困難にしていることが少なくありません。介護職員は、BPSDがあっても、その原因や背景は何か、入所者本人とともに考えながら暮らし、2〜3週間も経てば、訪れた家族と入所者が一緒にお茶を飲んでいたりします。医療による早期治療や介入も重要でしょうが、やはり**本人の、それまでの人生、その物語をどう理解し支えるか**。特養では、そんな素晴らしい介護が行われています。

**中田** 今、全国老協は身体介護のプロから、住み慣れた地域、援助を必要とする家族までを含めた全人的支援のプロとしての真価を問われています。長く培ってきた実績をエビデンスとして、ひとつひとつのケアに科学性を持たせるとともに、介護の専門性向上を実現しなければなりません。それらの具体的方策と国民への開示に向けて、次回はビジョンの構成と骨格について議論を深めたいと思います。



**中村** 本日は前回に引き続き、2025年に向けた特養の在り方についてご意見を頂戴したいと思います。これまでの議論で、在宅サービスを拡充整備し、質・量を確保したとしても、家族介護力の衰退を含め、根幹的な問題があることが結論づけられました。一方、地域包括ケアシステムの中において、拠点としての特養の機能強化が喫緊の課題であるとともに、政策としての施設整備の遅れが問題視されています。これには、三位一体改革の中で平成18年度から介護保険の公費負担割合が、施設分は都道府県17.5%となり、12.5%の在宅・地域密着と5%の格差が生じたことが大きく影響しています。地方財政が逼迫している現状では、この5%格差によって在宅に偏重して

整備が進められることは当然の流れです。<sup>(注釈2)</sup> その結果、従来の介護老人福祉施設とは一線を画した地域密着型の小規模施設が林立し、グループホーム等と併せて急増しました。これらの整備については、一見施設よりも都道府県負担割合が低く抑えられているように見えます。しかし、特養の嘱託医による診療報酬と、グループホーム等による診療報酬と、グループホーム等による診療報酬の額には驚くほど開きがあります。サービス付き高齢者向け住宅等もそうですが、利用者一人ひとりに要する介護報酬と診療報酬の合算は看過できない高コストになっているのが現状です。これまでの議論を踏まえて、改めて課題提起させていただき

**注釈2**  
「介護保険制度の公費負担割合の見直し」について…三位一体改革に伴って、平成18年度から施設等給付費の公費負担割合が、国20%、都道府県17.5%に見直されたにもかかわらず、居宅給付費（施設等給付費以外）では従来どおり（国20%、都道府県12.5%）とされたことから、都道府県負担に5%の差が生じた。

**注釈3**  
「骨太の方針」とは、政府の「経済財政運営と構造改革に関する基本の方針」のことをいう。「三位一体改革」とは、「骨太の方針第2弾（2002年）」において、国と地方の財政上の構造転換を図るため、国庫補助金の縮減、国から地方への税源移譲、地方交付税改革の三つを一体的に進める地方分権、財政再建政策をいう。

テーマ④  
**2025年、地域の福祉拠点としての特養ビジョン**

**丹呉** かつて小泉純一郎内閣における聖域なき構造改革に始まり、平成14年6月の「骨太の方針2002」に示された「三位一体の改革」によって、以後、国庫補助金改革・税源移譲による地方分権と、地方交付税の削減による財政再建が進められました。<sup>(注釈3)</sup>「地方にできることは地方に、民間にできることは民間に」という方針のもと、平成18年には所得税から個人住民税への税源移譲が実施され、それ相応の事業を地方及び民間に主体を移すこととなったのです。その時の議論で、各省でどの事業を地方に移行するかとなった時に、国土交通省は例えば公共事業等がありました。厚生労働省は特養等の施設整備費について、国庫負担を5%減らし、都道府県の負担とする、となったんですね。その結果として、施設の整備が進まなくなったということでしょうか。

**古川** 施設、在宅ともに整備の変遷とそれに伴ういろいろな問題が出てきています。財源の問題ももちろんあるでしょうが、ここまで施設サービスと在宅サービスのバランスが取り上げられ

るには、二つの固定観念があると思います。  
この意見交換会で議論してきたとおり、在宅サービスは家族とその介護力があることを前提としています。その機能が低下して、老老世帯や独居等が増加し、地域が崩壊しているにも関わらず、『在宅に住みなれた地域、場所  
で本人にとって幸福である』という一種の固定観念を作り上げてしまったこと。二つ目は、私自身もかつてはそう信じていましたが、『在宅がコストとして安上がり』だとされている固定観念です。しかし、弱体化した地域で在宅サービスの質と量を確保し、満足度を上げるためには相当の高コストになります。それでも施設より在宅の方が安い、という固定観念は通用するのか、果たしてこの価値観が維持できるのか、今一度振り返ることが必要なのではないでしょうか。そして大きな問題は、**特養が在宅生活が限界になった要介護高齢者の、状態像が悪化するままの預り施設化していないか**ということ。もちろん、そうではない施設もあるでしょうが、大半は預り施設だという意識がまだあると思います。特養の機能を活かしたレスパイトサービス、社会福祉法人としての使命として、地域貢献や介護者・家族の負担軽減等の方向性をもっと検討してはどうでしょうか。介護保険施設の在り方と

して、今現在大きな役割を果たしている特養を在宅シフトに移行しよう、ではなく**特養が在宅を支援する拠点になるような新しい姿を描くべき**です。その中でコストや本当の幸せといった重要な課題についても考えていくのです。現在の特養には実に様々な細かい規制がかかっており、それを弾力的に運用できるようにするだけでも、かなり効率化、合理化が図れると思います。事前規制から事後監視へと時代は移っているのですから、行政もなるべく細かい事項を決めず、事業者任せにする。その代わり事業者は確実にサービスを行う。同時に特養サイドが自主規制をして、質の低い事業体は淘汰されるという覚悟のうえでできることが前提です。そうして新しい機能を付与されていくことによって、在宅と施設の本当の意味での議論ができるのではないかと思います。

**中田** まさにこれから、2025年に向けた新しい特養の在り方について言及いただいたのですが、我々も地域を支える特養というテーマを考えています。入所されている利用者のケアだけでなく、もっと地域に積極的に出ていく。すでに特養を経営している法人では、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等をはじめ、サービス付き高齢者向け住宅等、居住系サービスを持っている

ところが多くあります。もちろんデイサービスセンターやショートステイ等の在宅サービスも経営している。そういったサービスに今以上に取り組んでいこう、地域包括支援センターも積極的に受託して、地域包括ケアを支える拠点施設になろう、ということなのです。また、介護サービス事業者のうち社会福祉法人の割合は随分低くなっており、小規模な事業者が多く参入しています。私は特養がその地域の介護や福祉のレベルを底上げできるように、教育や学びの場となるべきだと考えています。そのためには、科学的介護の実践と成果を公開し、在宅での介護はこのケアが有効です、と支援できる

ところまで持って行かなくてはなりません。さらに、人材の問題があります。地域における福祉マンパワー、介護マンパワーはどこに行っても育成、確保が大変で、若い人材はなかなか集まらない。この背景には、福祉教育の問題があるのではないかと思っています。特養は地域の中の生きた福祉教育の実践の場です。これは学生に限ったことではありません。地域のボランティア、利用者家族、地域住民などインフォーマルサービスの支え手全てに共通しています。地域包括ケアシステムは、制度だけでは完結しないのですから。

**古川** グループホームや小規模多機能



名古屋学芸大学学長  
一般社団法人日本尊厳死協会名誉会長

## 井形昭弘氏

に機能し、相互に支援しあうことで地域包括ケアを支えることができます。もうひとつ、重要なことが看取りです。我が国は亡くなる人のうち、病院で亡くなる人が80%程度を占めています。これは、世界でも飛び抜

て多い割合です。国は看取りの場を在宅にシフトし、うち40%を在宅等へ移行したいと考えており、特養もその40%に含まれています。当然住み慣れた我が家、とよく言われますが、高齢者にとってはサービス付き高齢者向け住宅に住み替えることは、施設に入ると大差ないわけです。広い意味で在宅を捉えるのであれば、今まで大きな役割を果たしてきた特養の存在価値を看取りの面からも優先して考えてもよいのではないのでしょうか。

**井形** 私が在住している愛知県の特養

でも、地域包括支援センターを受託しているところが何か所かあるのですが、そういう法人では確かに地域ケアの中核という色彩が濃いと感じます。在宅サービスと施設サービスが一体的

近藤 特養における医療の位置付けですが、私が厚生省社会局施設課長だった時に、特養に常勤の医師を配置すれば医療費の軽減にもなるのではないかと、という発想で、導入したんですね。し

かし、その主旨を理解して勤めていただけの医師もなかないいために、残念な結果になりました。これからは、入所者と同世代の医師であっても、お元気であれば勤めていただく等の方策を拡げて行くべきだと思います。また、先ほどの「在宅サービスの方が安上がり」という概念ですが、これも最近の行政担当に尋ねると必ずしも安上がり

とは考えていない、との意見が聞かれ始めています。先だって、山崎史郎内閣府政策統括官が発言されていましたが、都市と地方では2つの国に例えられるほどに全く状況が違う。これから特に深刻なのは都市部です。確かに都市部の施設整備は遅れていますが、土地の確保や地価等の初期投資を考えるとこれからの整備は非常に困難で



しょう。そこで、在宅対策が全面に出されていくわけです。今の施策は冠に「都市部」とついていないだけで、本音は都市部対策と見てよいと思います。そう考えれば、都市部では施設と在宅のコストはそれほど変わらないのかもしれない。コンパクトな地域に多数の要介護高齢者がいるわけですから、

24時間巡回型のサービスでも対応が可能なケースも多くあります。そういった意味では、都市部の施設の見解や目指すべき将来像についても集約する必要があるかと思えます。いずれにしても、特養は地域のコミュニティの中心になって、介護の実績や行政との関係、関わっているボランティア等を地域へ還元すべきです。地域社会に根を張って、存在感を示しているわけですから、その姿勢があれば崩壊しつつあるコミュニティを支える大きな資源になるのではないのでしょうか。

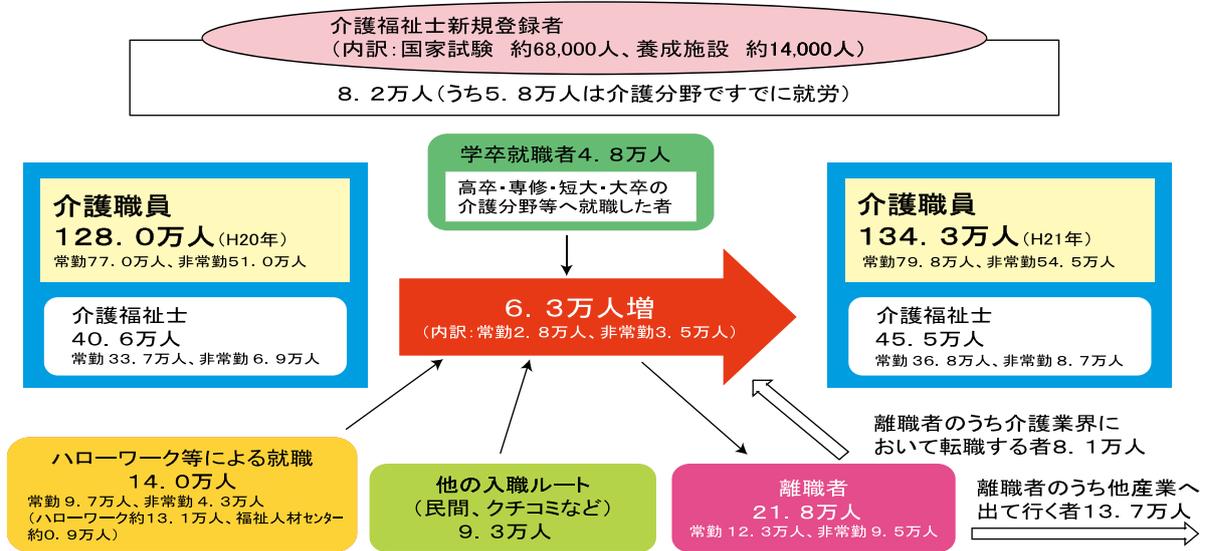
**丹呉** 介護保険施行から10年余り、このあたりで諸問題を2025年に向けて検討する時期なのだ、ということですね。財政的な立場から言いますと、介護保険を創設する時に、医療と介護は別物として整理したのが、10年を経て、介護保険では少なく見えても医療保険では非常に多い、といった制度の縦割りによる弊害が生じているようです。決して統合する、といった意味ではありませんが、介護保険か医療保険かではなく、シームレスな見方というのが必要です。財政面だけのみならず、サービス利用者、要介護高齢者にとってよりよい生活を目指す上で、必要なのであるかと思えます。施設と在宅も二者択一的な議論が長くなされてきましたが、特養が在宅の拠点になる、と

いった新しい視点で考えるべきです。そうすればトータルでプラスとなつて、2025年を乗り越える突破口になるのではないのでしょうか。

**古川** ひとつ、人材問題についてお話ししたいと思います。厚生労働省の「介護職員の処遇改善等に関する懇談会」資料(図6)を見ますと、介護に従事している職員数は2008年から2009年に6万3千人増加している。しかし、その計算を詳細に見ると驚かされます。実際に就職した人数は、新規学卒者が4万8千人、ハローワーク等による就職が14万人。民間の職業紹介やクチコミ等による就職が9万3千人、併せて28万1千人になるわけです。ところが、離職者が21万8千人。なぜ、こんなに離職するのでしょうか。ひとつは給与の問題が挙げられますが、地方都市では介護職員の給与は他業種と比較しても遜色ありません。都市部については、厳しいとはいえ、地域格差の是正も進んでいます。もうひとつはステータスと将来性の問題です。かつて介護は3Kのイメージがありましたが、業界全体の努力もあって改善されていると思えます。最も、現在の水準だけでなく、これからはもっと将来を展望できるレベルまで引き上げていかなければなりません。21万人を超える離職の原因をき

(図6) 介護分野における従事者の動向等

- 介護職員は6.3万人増加(平成21年度における対平成20年度)
- うち、学卒就職者が4.8万人
- うち、社会人からの就職者が1.5万人
- 社会人からの入職者が23.3万人いる一方で、離職者は21.8万人(他産業への離職者13.7万人)
- 介護人材の定着(処遇改善やキャリアパスの明確化)が重要。



ちんと分析して、ステータスを築くべきなのです。

**中村** 先ほどのご指摘にありました「預り施設」。まさに我々の脱却できていない弱点です。先駆的なケアの取り組みも、収支差額管理の2極化も、今おっしゃられた人材確保・育成についても法人のガバナンス次第なのです。キャリアパスがない施設で、優秀な人材が意欲を持って働き、伸びるわけがありません。ある程度の規模の法人であれば可能かもしれませんが、一人一施設はもはや立ち行かなくなるでしょう。だからこそ、**受け皿改革、社会福祉法人改革が必要だと、強く申し上げているのです。**

**井形** 大学の例で申し上げますと、規制緩和によって大学は容易に造れるようになりましたが、淘汰も行われるようになりました。そこで大学には自己評価と大学評価基準に基づく第三者評価が義務付けられました。この制度は平成16年から導入されたのですが、データを見ると規制緩和された後の方が大学の質は向上しています。もともと第三者評価というのは、消費者運動から始まっています。利用者から見て、情報を知ること、選ぶこと、安全であることが原点なんです。そういう

た自己評価、第三者評価、さらにその結果に対してアドバイスする第三者評価機関は必須です。特養も同じで、**規制緩和と自主規制は相互に補完しあうとともに、サービスの質の向上にとって有効であると言えます。**

**中田** 2回にわたったの2025年型特養の在り方に係る意見交換会、本当に貴重なご意見とご提言をいただきました。介護・福祉・医療を取り巻くこれまでの歴史的背景、制度・施策の変遷、財源論から国民のコンセンサス、尊厳の捉え方まで、幅広くかつ機知に富んだ議論が深まりましたことに感謝申し上げます。我々の新たなビジョン、地域の福祉拠点として、またブラッシュアップした地域資源として、機能強化すべき方向性、自らのインベションの必要性が明確に打ち出され、身の引き締まる思いです。課題は山積しておりますが、まずはこれまでの実績と使命に誇りを持ち、福祉・介護の中核となるべく「預り施設」からすべからず脱却すること。いつしか定着した「在宅Ⅱ幸せ」「在宅Ⅱ安上がり」の固定観念、幻想を打破し、国民の真の幸福度と自立支援を確立すること。2025年型特養の在り方はここに帰結し、その目標に向かって邁進していくことが、全国老協のアイデンティティとなっていくでしょう。

平成25年3月27日

## 社会保障制度改革における提言

～地域包括ケアシステム構築に向けて～

民間介護事業推進委員会

代表委員 山本敏幸

代表委員 山際 淳

はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向け、官民を挙げてこれまで以上に多様な在宅サービスを充実させ、地域包括ケアシステムを全国に広く構築していくことが重要との認識をもっている。

地域包括ケアシステムの推進・構築においては、要介護状態になったとしても『住み慣れた地域で、自分らしい生活を、可能な限り在宅で過ごしたい』を実現するため、身近な地域の中で、医療・介護、予防、日常生活支援が一体的に提供される必要があり、住まいの提供も含め様々な事業実施形態を有している民間介護事業の果たす役割は、多岐に及び、欠くことのできない大きなものとなっている。

医療や介護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、日常生活支援サービスや住まいの提供も含め、在宅で切れめなく提供する在宅サービスの一層の充実は、地域包括ケアシステム構築の推進上、量的にも質的にも極めて喫緊の課題となっている。

### 1. 介護サービスの充実

都市部における高齢者の急増、世帯構造の変化（老夫婦のみから独居高齢者世帯へ等）、認知症高齢者の急増等から在宅サービスの要である訪問介護にかかるサービスの増強・充実が必要となっている。

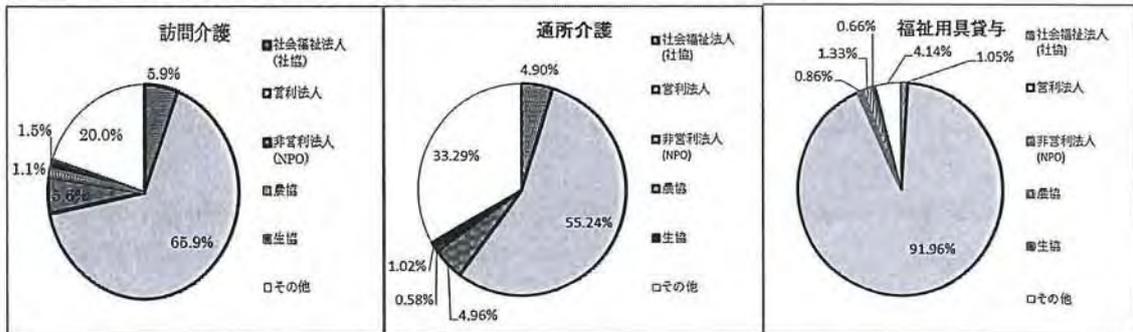
世帯構造の変化と家族の介護力が低下してきていると言われていた中、在宅での暮らしを確保・継続していくためには、高齢者へ安心を提供（不安の払しょく）する事が必要であり、この安心の提供は『いつでも来てくれるという安心』、『生活全般を支援してくれるという安心』を実現してくれるサービスすなわち在宅訪問サービスを充実させる事を基本として、解決すべき課題と認識している。

とりわけ地域にある身近な事業所で、馴染みのスタッフによるケアを24時間365日の安心を提供してくれる高齢者に優しいサービスの提供が求められており、これらの事を実現可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などの介護サービスの推進・充実させていく必要があり、拠点展開のための支援措置、基準の緩和等の一層の措置が必要と考える。

ヘルパー等の人材確保が困難な状況下において、在宅介護サービスの24時間365日の切れ目のないサービス提供を目指す観点から、とりわけ在宅サービスにおける平日はもとより祝祭日、夜間まで人材確保ができる措置が財源的にも必要となっている。

なお、地方分権の推進から一層の市町村への権限移譲が進む事が予想されるが、市町村へ移譲された権限に係る解釈等において、自治体ごとのローカルルールが適切さを欠く事がないよう市町村への指導等適切な措置を都道府県・国に求めたい。

図 法人種別の事業所数（訪問・通所・福祉用具貸与）



(定期巡回・随時対応型訪問介護看護・小規模多機能型居宅介護)

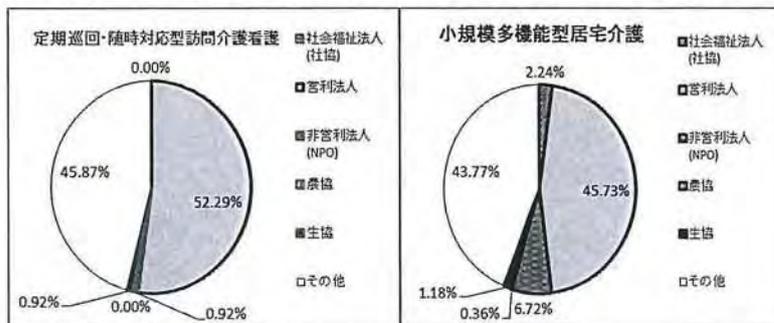
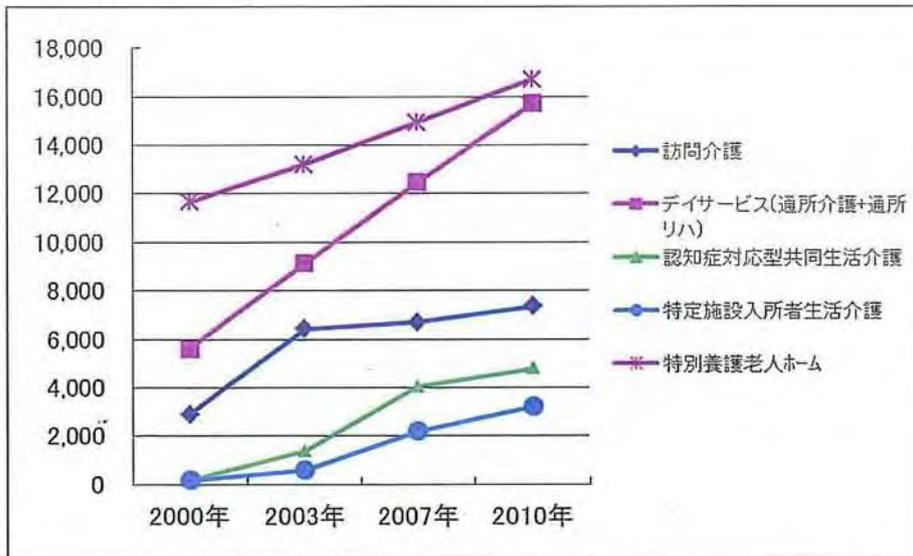
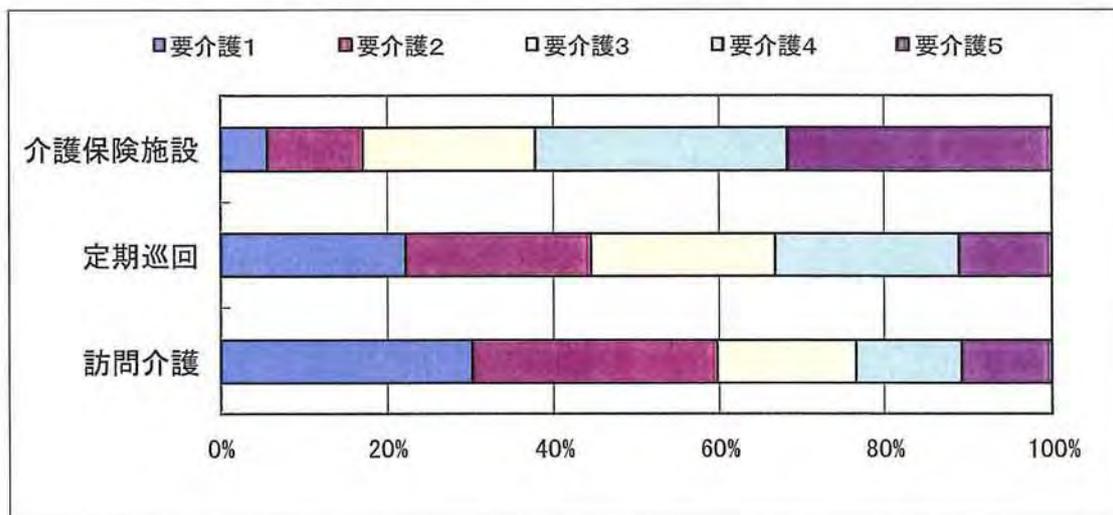


図 (2000年～2010年の介護給付額の伸び率) 単位：億円



(国保中央会；介護給付費資料より作成)

図 (要介護度別利用者比率：介護保険施設・訪問介護・定期巡回)



(出典：厚生労働省「介護給付費実態調査月報(平成24年11月審査分介護サービス受給者数、要介護状態区分・サービス種類別)」より作成)

## 2. 医療との連携

介護職員による痰の吸引等の実施、在宅復帰率に比例した報酬体系の設定等、医療を必要とする在宅高齢者の増加に対応する方向が示されるなか、日常的なケアの場面においても医療との連携がこれまで以上に必要となってきた。

とりわけ地域・在宅での生活を継続するためには介護・看護体制をバックアップする在宅医療の充実と併せて、地域ケア会議等多職種協働の体制づくりへ

の支援が必要である。

なお、利用者の利便性向上等の観点からヘルパーの介護現場において要望がある医療行為とされている褥そうの軟膏塗布、薬の一包化等の緩和措置等一定の範囲で講じる必要がある。

また、介護職員による痰の吸引等を可能とする一定の研修について、研修受講の機会均等確保等、一層の措置が必要である。

### 3 介護予防への取組み

「可能なことはできる限り本人が行う」を基本としたセルフケア、残存機能を活用した「できること」の可能性を探るケアプランの提供、自立を支援する介護・医療等フォーマルなケアサービスを強化する等により、生活機能向上に向けての意欲の引き出し、高齢者の QOL を高め、生活リハビリ等の機能を強化する等、重度化防止のため効果を更に高めていく必要がある。

そのためには、インフォーマルサービスの育成の仕組みづくり、インフォーマルサービスと制度サービスとの連携の強化、運営の弾力化等の措置を講じる必要がある。

### 4 生活支援サービス

独り暮らし・高齢者夫婦のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加の状況から地域包括ケアシステムの構築においては、見守り、配食、外出支援等の様々な生活支援サービスの充実と共に、地域に暮らし続けるためには人間関係や信頼関係を軸とした継続する地域支援が必要であり、地域に参加する場とサービスを提供する「循環型」による地域支援の仕組みが望まれる。

また、個々の生活支援サービスの充実・確保のみならず、財産管理等権利擁護の取組みも併せた総合的な施策が必要である。

制度の持続可能性の観点から地域住民やボランティアの力による「支え合い」「助け合い」精神で展開される地域社会におけるインフォーマルサービスと介護保険事業等のフォーマルサービスとの一層の連携が必要で、そのための措置（例えば身近な生活圏における「住民福祉活動の拠点の整備」「コーディネーターの配置」等）を講じながら、生活支援サービスの一層充実を図っていく必要がある。

また、日常生活総合支援事業の展開においては、委託等において一定の団体に偏ることが無いよう協同組合・NPO・株式会社等民間在宅介護事業者の十分な活用をお願いしたい。

なお、市町村は、介護保険制度の保険者の立場のみにとどまらず、幅広く福祉の向上を目指す政策主体として、計画立案などを行うべきである。

都道府県・国は、総合調整機能を発揮しつつ仕組みづくりや人づくり等保険者の教育指導措置も含め財政面・制度面での十分な支援措置を講ずる必要がある。

## 5 高齢者の住まいの確保

地域包括ケアシステムは『住み慣れた地域で、自分らしい生活を、可能な限り在宅で過ごしたい。』を実現する事であり、そのためには要介護状態になっても、独居高齢者であっても馴染みのある日常生活圏域の中で生活可能な住宅の整備が欠かせない。

住宅改修、福祉用具の効果的な活用に加え適切な生活支援サービスを組み合わせることにより重度な高齢者等であっても自宅で住み続けることが可能となる。加えて、自宅での生活に限りなく近い環境の中で、介護サービスを受ける事が可能となる住まい（住宅）等の供給を一層推進していく必要がある。

そのための一層の制度・財政・税制面での支援措置が必要である。

## 6 人材確保と人材育成

質の高い介護サービスの提供のためには、サービス量の増加に対応した介護人材の確保が必要となる。介護人材の量的確保の面については、2025年までに新たに100万人を超えるスタッフ確保が必要との国の試算が示されている。

現在の雇用者数の2倍にも及ぶ介護スタッフの量的確保については、介護事業者の雇用管理・組織経営の強化だけでは一定の限界があり、労働市場全体での大胆な労働環境整備とそれを裏打ちする財政措置が必要となっている。

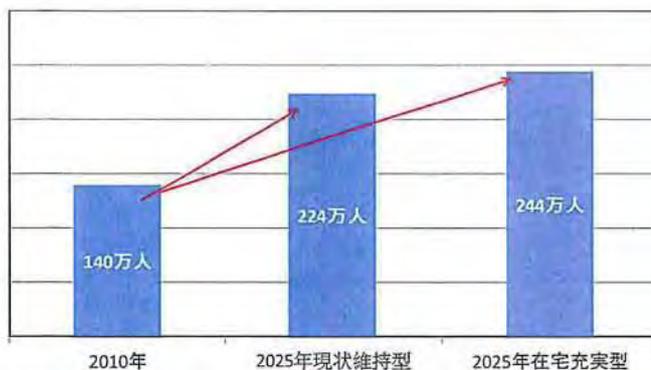
また、介護保険制度開始から10年以上を経過し、団塊の世代が新たにサービス提供を受ける利用者に加わり、制度理解の進展と併せて利用者の権利意識自体も強くなってきている。このことから介護事業者が提供する一層の質の高いサービスも求められてきている。

これら高齢者からのニーズに応えるため、サービスの量的供給以上にキャリアパスの構築や研修制度の充実等のサービスの質の確保等への取り組みが一層必要と認識している。

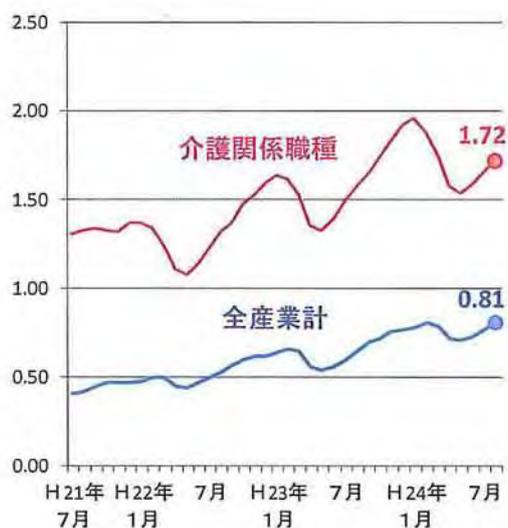
介護人材の各職種・各階層の効果的・効率的な研修制度の構築について国・都道府県等の支援、連携を進めながら事業者として質の向上に向けた積極的な取り組みを展開したい。

なお、キャリアアップ等処遇に係る調査研究と情報公開、研修機会の増加、各種加算等の奨励措置の維持等この分野での積極的な政策展開を期待したい。

### 介護スタッフ数急増



### 有効求人倍率の推移



以上、地域包括ケアシステムの構築に向けては、各地域がその実情に応じて取り組むことが重要であるが、上記のような方向性で取り組めば、都市部はもちろんのこと、地方においても地域包括ケアシステムの構築が可能となるものと考えられる。

日本全国どの地域においても均質で良質な民間在宅介護サービス提供が地域住民に受けられること、また制度の持続可能性の観点からも在宅サービスの充実・拡大が地域包括ケアシステムの確立においては欠かせないものと考える

政府には、そのための環境整備等支援をお願いするとともに、地方自治体の主体的な取り組みを促進するような施策を推進していただきたい。

## 民間介護事業推進委員会 参考資料

- 参考資料1：民間介護事業推進委員会について…………… P 8
- 参考資料2：JA高齢者福祉ネットワーク 取組事例…………… P 1 0
- 参考資料3：日本生活協同組合連合会 取組事例…………… P 1 2
- 参考資料4：特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会  
取組事例…………… P 1 3
- 参考資料5：社会福祉法人 全国社会福祉協議会 取組事例…………… P 1 4
- 参考資料6：民間事業者の質を高める  
一般社団法人 全国介護事業者協議会取組事例…………… P 1 6

## 民間介護事業推進委員会について

### 1. 「民間介護事業推進委員会設立趣意書」(原文)

介護保険制度は平成12年度より実施され、これまで8年余りが経過してきた。

介護サービス事業者については、公のみならず、株式会社、NPO法人や社会福祉法人など、多様な主体によって介護サービスが提供され、また、在宅サービスを中心に介護サービスが拡大しているという現状であり、この間に介護保険制度自体が広く国民に理解され、認知されてきたものと評価できる。

一方、この介護保険制度を将来にわたって持続可能なものにしていくためには、制度そのものや介護報酬の見直し等において、自治体や事業者、中でも特に拡大する在宅サービスの需要を踏まえ、民間介護事業者などの意見も取り入れた実態的な見直しが不可欠となってくるものと考えられる。

従来より、民間介護事業者は、複数の団体に分かれて活動しているが、民間の主体性に基づいた活動として、関係諸団体が参集し、介護保険制度の下での事業環境の整備及びこれを支援する方策等について意見を集約し、関係方面への働きかけを行うことが、今まさに求められている。

現在、社団法人シルバーサービス振興会には、民間介護事業者の各種中央団体が会員として数多く参加していることから、この特性を活かすとともに、営利、非営利の枠を越えた新たな団体の参加も求めつつ、民間介護事業に関する意見集約及び共同した取組を推進協議する場として「民間介護事業推進委員会」を創設するものである。

## 2. 設立年月日

平成20年8月13日

## 3. 構成団体（7団体）

- JA 高齢者福祉ネットワーク
- 一般社団法人 日本在宅介護協会
- 日本生活協同組合連合会
- 民間事業者の質を高める 一般社団法人 全国介護事業者協議会
- 特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会
- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
- 一般社団法人 シルバーサービス振興会

以上

## JA助けあい組織・介護保険事業の概況(平成23年度)

## ▶助けあい組織数(平成24年全JA調査より)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
JA数	740	719	715	710
組織設置JA数	392	349	330	345
助けあい組織数	716	707	678	670
協力会員数(人)	40,331	42,731	41,619	41,020

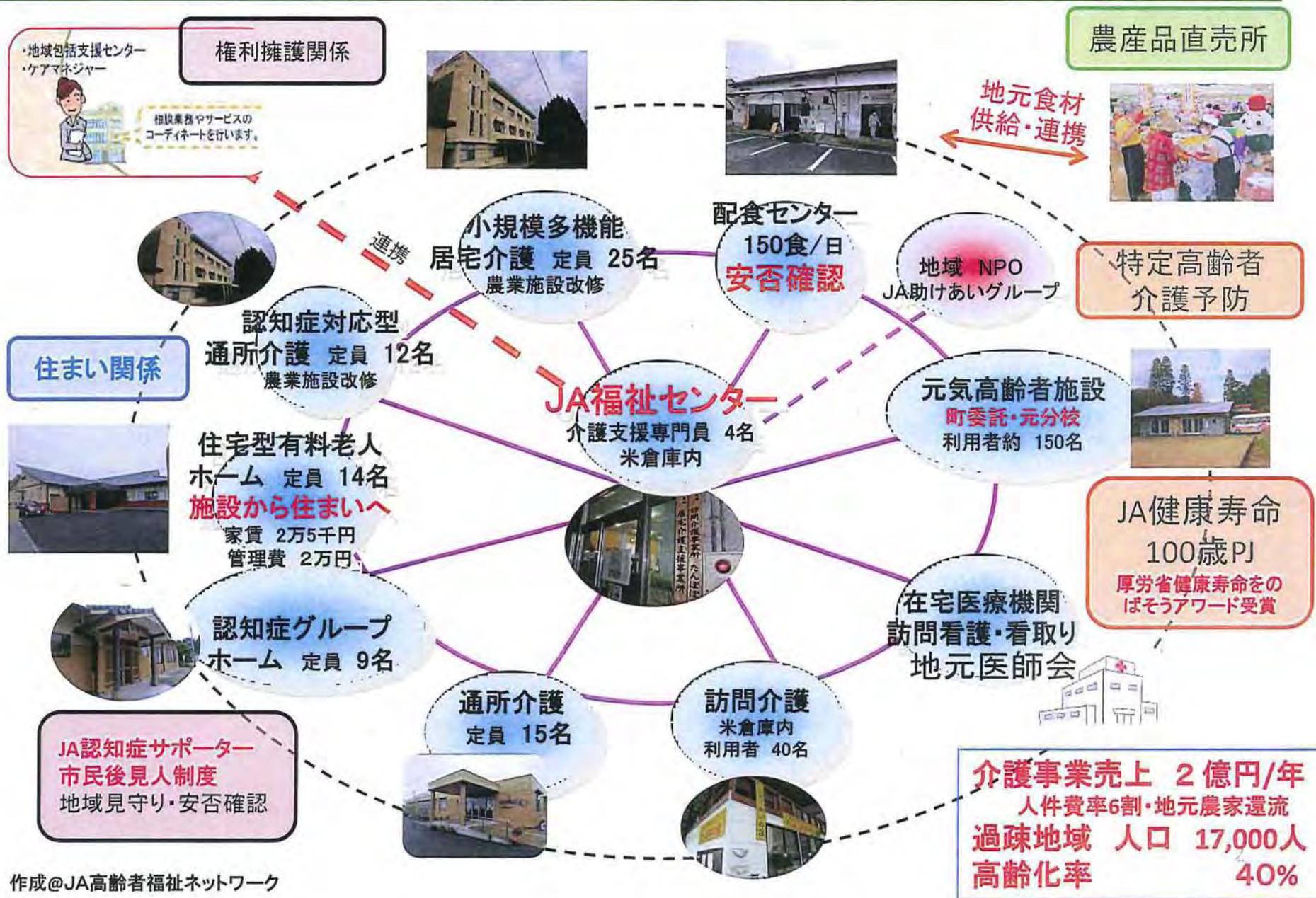
## ▶JA介護保険事業の概況について(平成24年全JA調査より)

区分	取組みJA数	報告JA数	事業活動収益	当期損益
23年度年間	304	277	26,798,137	552,604
22年度年間	315	279	24,842,667	556,649
21年度年間	327	294	24,844,793	417,820

## ▶JA介護保険事業所数の概況について(平成24年全JA調査より)

区分	指定事業所数	報告事業所数	従事者数
訪問介護	332	305	6,201人
通所介護	182	182	3,072人
居宅介護支援	283	269	779人
福祉用具関係	209	173	625人
訪問入浴	13	12	—
夜間対応訪問	1	0	—
認知症対応通所	20	12	113人
小規模多機能	15	12	203人
共同生活介護	8	3	26人
合計	1,063	928	11,019人

# 中山間地域でのJA地域包括ケアシステム(地域活性・元気社会)の展開



生協の福祉事業・活動、購買事業での地域貢献の事例

「地域のネットワークを広げながら、地域社会づくりに参加します」  
(日本の生協の 2020 年ビジョン)  
⇒生協の事業・活動のインフラを活用し、行政や地域の諸団体と  
協働しながら、安心してらせる地域社会づくりに貢献します。

福祉事業 (2011 年度)

○ 弊会会員生協 (50 生協)	約 175 億円
○ 医療生協 (110 生協)	約 557 億円
○ 生協母体社会福祉法人 11 組織)	約 131 億円
合計	約 863 億円

福祉活動 (2011 年度)

○ ぐらしの助け合い活動  
57 生協、1 県連、2 連合 156 万時間  
活動会員 約 28,000 人

○ 介護保険事業

- ・「ぐらしの安心」、特に高齢者の在宅福祉のニーズに応えた事業展開を行なっています。「定期巡回随時対応型訪問介護看護」や「小規模多機能型居宅介護」にも拡大しています。社会福祉法人では、特養ホームなど施設サービスも行なっています。
- ・医療生協、生協を母体とした社会福祉法人も含め約 170 組織が取り組み、生協全体では約 863 億円の事業規模です (他に医療事業が 2550 億円)。

○ 介護保険事業以外の事業

- ・介護保険事業以外の事業として、障害者対象の支援費事業や高齢者用住宅サービス、住宅改修事業等も行っています。さらにヘルパー研修事業や福祉用具販売なども行なっています。

○ ぐらしの助け合い活動

- ・高齢者や介護を必要とする方、産前産後の母親等を対象に、自立を助ける家事援助などを行なう、組合員同士の助け合い活動です。協同の力を寄せ合い、地域の福祉力を高める活動は 26 年以上の歴史をもち、年間 156 万時間の活動規模となっています。

○ お食事会・配食活動など

- ・主に高齢者を対象にした食事会を開催したり、自宅へお弁当を届ける活動で、介護予防や安否確認の役割も果たしています。
- ・誰もが自由に交流できる「ふれあいサロン」活動や、目の不自由な方に宅配案内を CD・テープ等に吹き込む「声の商品案内」なども行なっています。

○ 宅配事業の中での「見守り」実施 (実績は 2013 年 3 月現在)

- ・宅配事業の中で高齢者等の「見守り協定」を行政等と結ぶ取り組みが広がっています (34 生協・都県連で 150 市区町村・7 県と締結)。

○ 夕食宅配事業 (2013 年 2 月現在)

- ・2,007 年から開始された夕食宅配事業が全国に広がっています。43 生協、利用者登録数 85,000 人、利用人数 45,000 人、1 日当食数 57,800 食。

○ 買い物弱者支援 (被災地支援も含む)

- ・移動店舗 (19 生協・94 台) や店舗から自宅への商品配送、宅配事業・ステーション設置など、買い物弱者への対応を広げています。

○ 認知症サポーター (生協職員) は 17,000 人を養成。

購買事業 (2012 年度推計)

○ 宅配利用世帯数	約 1,068 万世帯 (総世帯数対比 19.7%)
○ 店舗数	1,019 店

福祉のある優しい「我がまち」づくり

概念図

テーマ

介護保険利用者自立支援関連サービス  
(フォーマルサービス)

市民の手による地域福祉サービス  
(インフォーマルサービス)



環境

文化・  
体育活動

防犯・  
防災

サークル  
活動

PTA・  
町会・自治会  
活動

分野

我がまちコミュニティ

- |    |         |      |     |      |         |          |          |    |       |
|----|---------|------|-----|------|---------|----------|----------|----|-------|
| 行政 | 介護保険事業者 | 医療機関 | 商店街 | 地縁団体 | 社会福祉協議会 | 市民団体・NPO | 社福、社団、財団 | 学校 | 企業・組合 |
|----|---------|------|-----|------|---------|----------|----------|----|-------|

福祉のある優しい「我がまち」づくり推進協議会

※フォーマルサービス=公的サービス・制度サービスのこと。「制度内」「枠内」サービスともいう。  
インフォーマルサービス=「制度外」「枠外」サービスともいう。

## 市区町村社会福祉協議会の概要

平成 25 年 3 月 27 日 全国社会福祉協議会（地域福祉部）

### 《社会福祉協議会の性格・目的》

- 社会福祉協議会（以下、社協という。）は、「住民主体の理念に基づき、地域の福祉課題の解決に取り組み、誰もが安心して暮らすことのできる地域社会の実現」をめざす「公共性と自主性を有する民間組織」である。
- 社会福祉法では、地域福祉の推進を図ることを目的とする団体として位置づけられている。

### 《社会福祉協議会の組織》

- 社会福祉法において、市町村、都道府県、全国の各段階に設置するものとされ、全国ネットワークを有した組織である。市区町村社協は、社協組織の基礎単位であり、ほぼ 100%に近い組織が社会福祉法人化されている。（法人化率 99.0% 平成 24 年 4 月現在）
- また、市区町村社協の多くが、校区福祉委員会、地区社会福祉協議会等、より住民に身近な学区や自治会等の小地域を圏域に住民福祉活動をすすめる組織が設置されている。

### 《市区町村社協の構成》

- 市区町村社協は、地域住民、民生委員・児童委員、社会福祉施設、ボランティア・NPO 団体や保健・医療・教育などの地域の関係機関、及び行政の参加によって組織されている。
- 社会福祉法では、区域内の社会福祉を目的とする事業を経営する者、社会福祉に関する活動を行う者が参加し、かつ社会福祉事業又は更生保護事業を経営する者の過半数が参加するものとされている。
- また、関係行政庁が支配する事態を避ける趣旨から、関係行政庁職員は役員総数の 5 分の 1 を超えてはならないこととされている。

### 《事業の概要》

- 市区町村社会福祉協議会では、地域の実情に応じて、在宅福祉サービスのほか、多様な事業を展開している。
- 特に、日常生活自立支援事業や生活福祉資金貸付事業などへの取り組みを通じて、地域住民にとっての福祉相談の窓口となっている。
- また、近年においては、日常の住民福祉活動を通じた要援護者支援の体制づくりや災害時における全国ネットワークを活かした災害ボランティアセンターの運営などへの取り組みも積極的に行っている。

## 市区町村社会福祉協議会の主要な事業

(主要な事業例と実施社協の割合)

◎在宅福祉サービスの展開  介護保険サービス 障害者自立支援サービス その他制度外のサービス	介護保険法に基づく介護サービス	訪問介護(71.7%)、通所介護(49.6%)、訪問入浴介護(28.5%)、居宅介護支援(71.1%) 地域包括支援センターの実施(22.3%) 《2009年4月現在》	
	障害者自立支援法に基づく福祉サービス	居宅介護(67.4%)、重度訪問介護(53.3%)、生活介護(14.8%)、相談支援事業(14.9%)、コミュニケーション支援事業(10.0%)、移動支援事業(39.8%)、相談支援事業(14.9%)《2009年4月現在》	
	地域住民の参加を得て行う制度外のサービス	配食サービス(57.5%)、外出支援サービス(45.9%)、住民参加型在宅福祉サービスの実施(22.1%)《2009年4月現在》	
◎地域福祉活動の推進と相談活動の展開  総合相談・生活支援の取り組み(日常生活自立支援事業・生活福祉資金制度等) 住民参加による地域福祉の推進 ボランティア・市民活動推進、福祉のまちづくりの推進	福祉相談の実施	総合相談事業(87.3%) → 毎日実施(33.2%) 生活福祉貸付金事業はすべての市区町村社協が窓口であり、あわせて相談などを行う。《2012年4月現在》	
	日常生活自立支援事業	基幹的社協(857か所) 利用者数(37,814人:高齢者52% 知的障害者等21% 精神障害者等22%、その他5%)《2012年3月末現在》	
	法人後見の実施	法人後見の実施(162社協)《2012年3月末現在》	
	住民に身近な小地域における福祉活動の推進	校区福祉委員会や地区社協等の設置	(47.4%)《2009年4月現在》
		ふれあいいきいきサロンの実施	(89.9%) (実施箇所数=55,280か所) 《2012年4月現在》 地域住民による見守り・支援活動[小地域ネットワーク活動]の実施(66.7%) (約172万人の対象者へ約37.3万人の住民が協力) 《2012年4月現在》
	ボランティア・市民活動の振興	ボランティアセンターの設置及びセンター機能を有する(92.3%) ボランティア連絡会の設置(59.7%)《2009年4月現在》	
	当事者(家族会)の組織化支援	認知症高齢者(15.4%) 身体障害児・者(62.36%)、知的障害児・者(56.5%)、精神障害者(30.5%)、母子家庭(42.4%)、父子家庭(5.0%) 《2009年4月現在》	
地域福祉活動計画の策定	策定済(40.1%)《2009年4月現在》		

### 市区町村社協・職員数(2009年4月現在)

	職員数	1社協あたり平均
一般事業職員	26,388人	13.6人
(正規職員)	16,301人	8.4人
(非正規職員)	10,087人	5.2人
経営事業職員	99,650人	51.3人
(正規職員)	24,298人	12.5人
(非正規職員)	75,352人	38.8人
合 計	126,038人	64.9人

\* 一般事業職員＝事務局長、事務職、地域福祉担当職員(地域福祉コーディネーターを含む)、相談担当職員(日常生活自立支援事業の専門員や生活福祉貸付事業の相談員等を含む)  
\* 経営事業職員＝介護保険サービスなどの在宅福祉サービス事業担当職員(管理者、ホームヘルパー、介護職、生活指導員、看護師等)  
\* 正規職員／契約期間の定めのない職員、非正規職員／契約期間の定めのある職員・パート職員等

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ①定期巡回サービス：ヘルパーが定期的に巡回します。
- ②随時対応サービス：通報を受け、オペレーターが相談援助、または、ヘルパーの訪問や看護師等による対応の必性を判断します。
- ③随時訪問サービス：随時対応の判断で、必要に応じてヘルパーが訪問します。
- ④訪問看護サービス：看護師等による訪問（医師の指示に基づき）
- ⑤看護師に定期訪問：看護師による定期アセスメント、介護・看護連携によるケア計画と実施

上記サービスを適宜適切に組み合わせて、必要なサービスを必要なタイミングで提供し、総合的に利用者の在宅生活の継続を支援するサービスです。



## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の効果

①一日複数回の定期訪問により..  
利用者さんの生活リズムが回復した

【事例】① 83歳(女)、要介護3、認知症自立度Ⅱa

- ① 定時訪問により、起床～就寝の時間感覚が戻る
- ② 食事がきちんと取れるようになった
- ③ 服薬の時間と量が守られるようになった
- ④ 必要な水分補給がなされるようになった
- ⑤ 適切に排泄できるようになった
- ⑥ 適切な睡眠が取れるようになった

②柔軟なケア調整・短時間訪問により  
利用者さんのADLが改善された

【事例】② (80歳・男性、要介護3、末期がん、妻は軽度認知症)

- ① 退院直後の在宅生活への移行期に、ケア内容を適宜調整し無理なく在宅へ復帰できた
- ② 排泄のタイミングに合わせた訪問により失禁が激減
- ③ ターミナル期で症状の変化が多く孤独感も強かったが、送りりが確実になされ、変化に応じたケアが継続されて笑顔が見られるようになった

### 事例② 終末期の支援 週間計画

	月	火	水	木	金	土	日
6:00	定期巡回: 本人の様子、妻の介護状況の確認 食事・水分量・排泄量の確認 ・体位変換						
12:00		看護[医療]					
18:00							
0:00	解熱剤や鎮痛剤の効果の確認のために、看護やケアマネとの相談のうえ、体調管理での訪問を増やすことも可能。						
	訪問看護(医療保険) 全身状態の管理、処置・保清						
備考							

24時間対応  
・オペレーションサービス  
・随時訪問

本人の体調がよく体が動くときは、昼の定期巡回を減らして何かあれば随時対応とすることも...

# 岩手県釜石市平田地区仮設住宅サポート拠点

～株式会社サポートセンターを受託運営している事例～

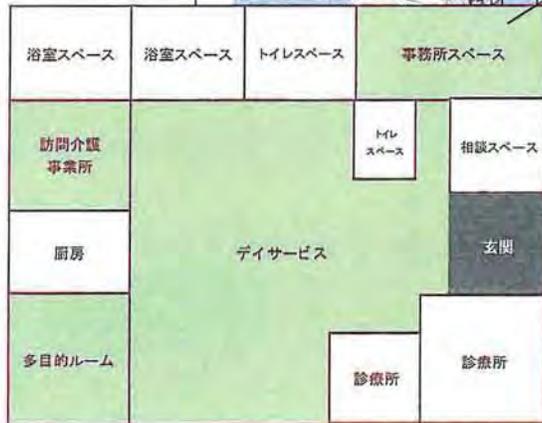
平田第6仮設住宅数 236戸

- ・ 一般ゾーン 166戸
- ・ ケアゾーン 60戸
- ・ 子育てゾーン 10戸



雨の日は  
グレーチングを設置

平面図



延床面積：約95坪



## 【サポートセンター機能】

- ◆ 診療所併設（医療介護連携）
- 総合相談（LSA等）
- 安心つながるコール
- 24時間TV電話対応・随時訪問
- 介護保険事業
  - ・ 通所介護（デイサービス）
  - ・ 訪問介護
  - ・ 訪問看護
  - ・ 居宅介護支援事業
- 生活支援活動（生活利便）
- 介護予防教室
- 地域交流機会の支援  
子供～高齢者まで多世代交流



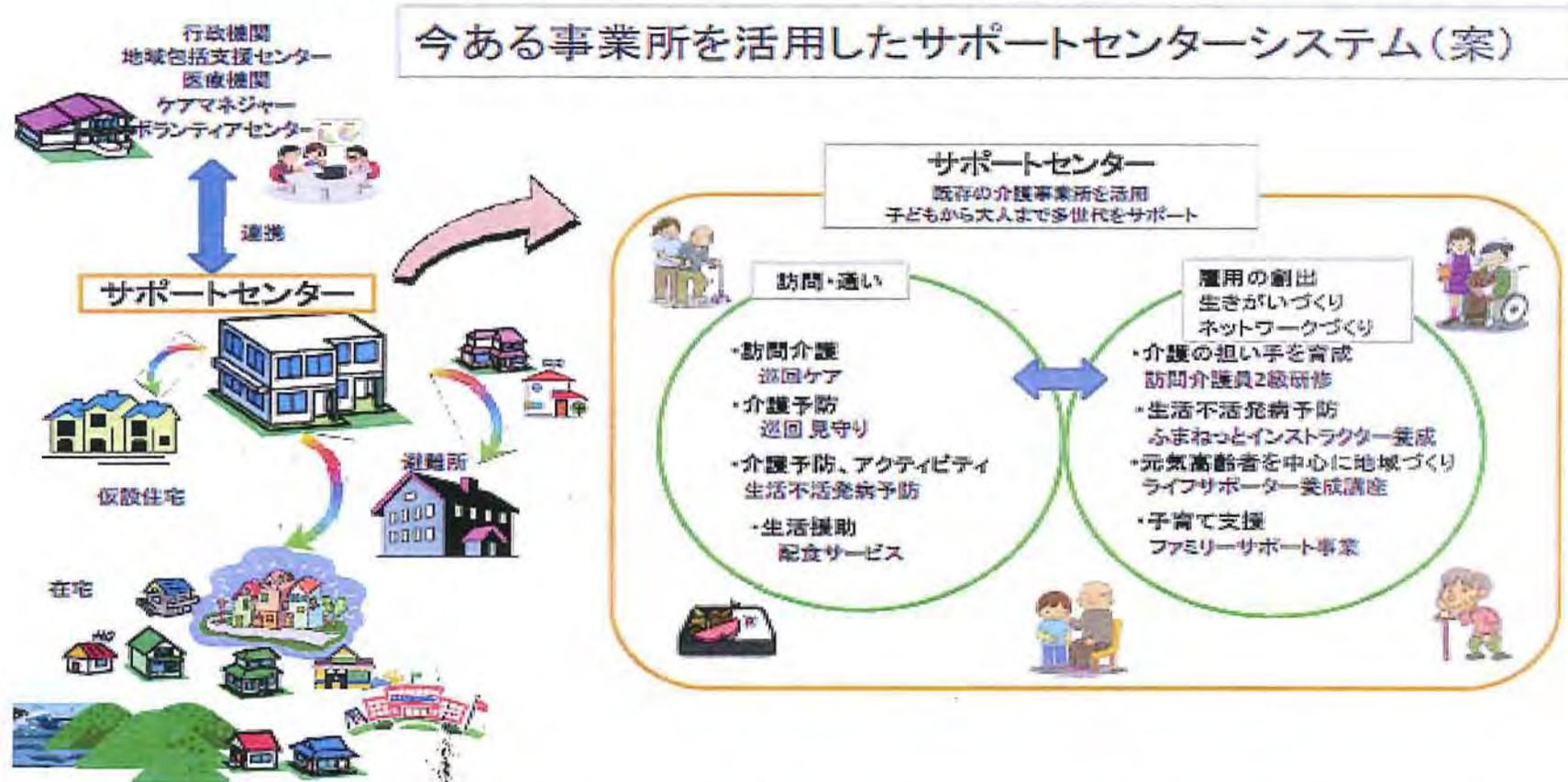
バリアフリー・井戸端会議できる通路

住戸内の数字は坪数を示す

平成23年8月10日より運営開始



～被災地A市へ地元民間事業者がサポートセンターを提案した事例～



震災6か月後、被災地A市において、地元事業者(株式会社)がサポートセンターを提案するも、民間事業者などの理由から採択されず。現在、当該事業者は、被災地での必要を感じ、自主事業として人材育成や介護予防などを地域の地域や仮設住宅利用者へサービスを提供している。

市町村によっては、非営利、営利を意識するあまり、福祉関連事業等を民間事業者へ委託することに消去的である。民間事業者を地域提供資源として、民間ならばの特徴やノウハウなど積極的に参画させる機会をお願いしたい。