

高齢者福祉施策のあらまし

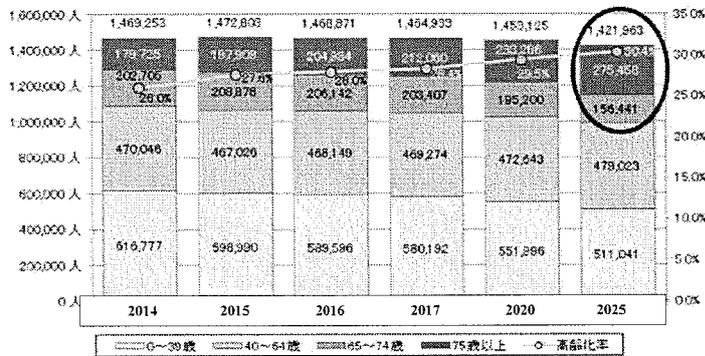


京都市長寿社会部

2025年の高齢者の姿 ①

- 本市における高齢者人口は、団塊の世代(戦後の第一次ベビーブーム世代)が75歳以上となる2025年(平成37年)には43万人を超え、高齢化率は30.4%となる見込みです。
- 75歳以上の人口の割合は19.4%となり、およそ5人に1人が75歳以上になると見込まれています。

■ 総人口及び高齢者人口等の今後の推計



資料：推計人口 京都市総合企画情報化推進室情報統計担当（平成26年10月）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月）」（平成27年、32年、37年）
 平成28年、29年は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月）」を参考に、京都市保健福祉局長考社会部長考福祉課において推計

2025年の高齢者の姿②

○ 本市における2025年(平成37年)の要支援・要介護認定者数は、2014年度(平成26年度)の約1.4倍となる107,951人になると見込まれます。

■ 要支援・要介護認定者数及び出現率の推移

	2014	2015	2016	2017	2020	2025
①第1号被保険者数	371,515	378,911	384,091	386,697	386,894	377,946
②要支援・要介護認定者数	77,719	81,456	85,605	90,096	99,430	107,951
③第1号被保険者数	76,266	80,018	84,210	88,672	97,933	106,415
出現率(③/①)	20.53%	21.12%	21.92%	22.93%	25.31%	28.16%

注1：平成26年度(斜線)は10月1日現在の実績値、平成27年度以降(太枠内)は推計値

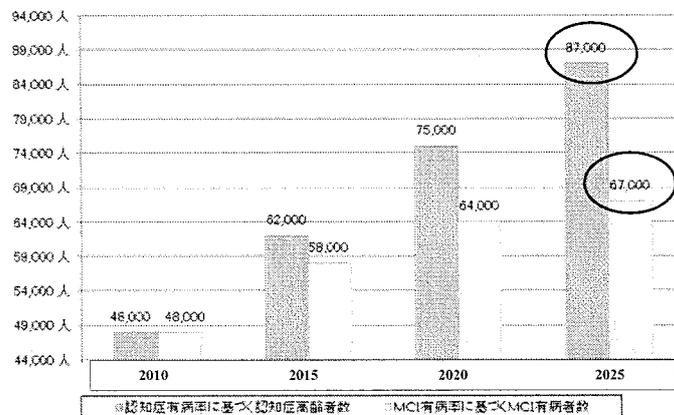
注2：第1号被保険者数は住民基本台帳人口等から推計するため、高齢者人口の推計値と一致しない

2

2025年の高齢者の姿③

○ 2025年(平成37年)の本市における認知症高齢者数は約87,000人、また、MCI(軽度認知障害)有病者数は約67,000人と推計されます。

■ 認知症高齢者数の推移

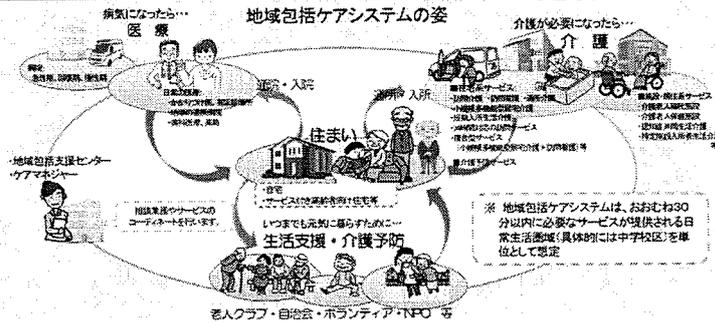


注：厚生労働省研究班の「都市部における認知症有病率と認知症生活機能障害への対応」(平成25年5月)による高齢者の「認知症有病率」及び「MCI有病率」に基づく試算

3

地域包括ケアシステムの構築

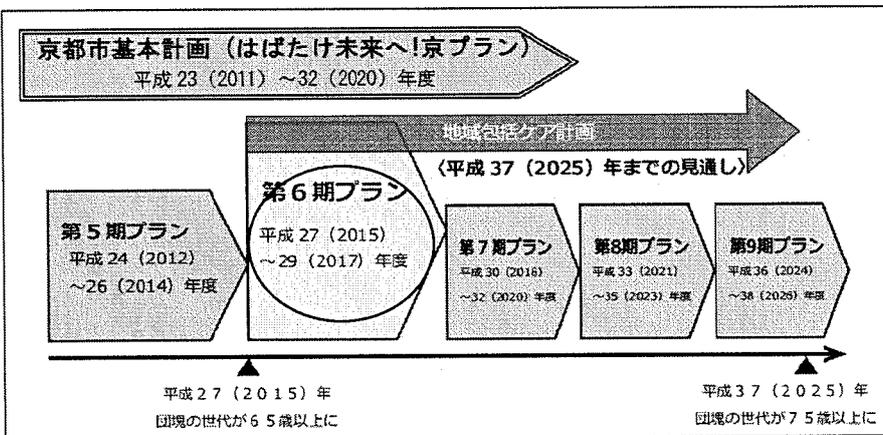
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



4

第6期京都市民長寿すこやかプラン (高齢者保健福祉計画+介護保険事業計画)

- 本市では、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体的に「京都市民長寿すこやかプラン」として策定しています。2016年は、第6期プランの計画期間に当たります。



5

第6期プラン策定に当たっての課題と方向性

地域ケア会議を軸とする地域包括ケアシステムの構築

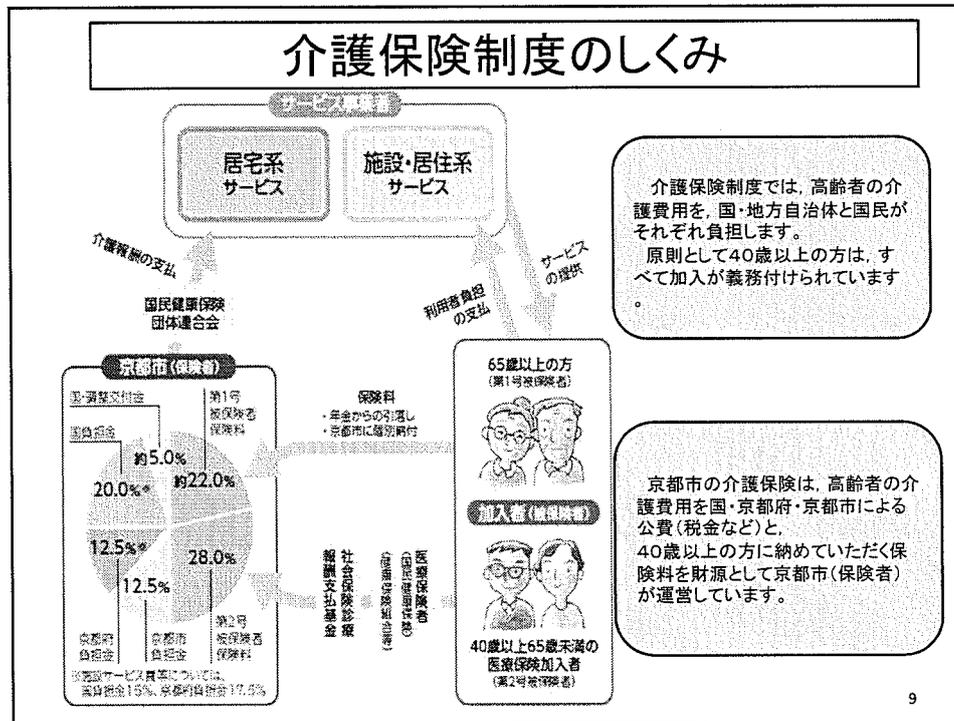
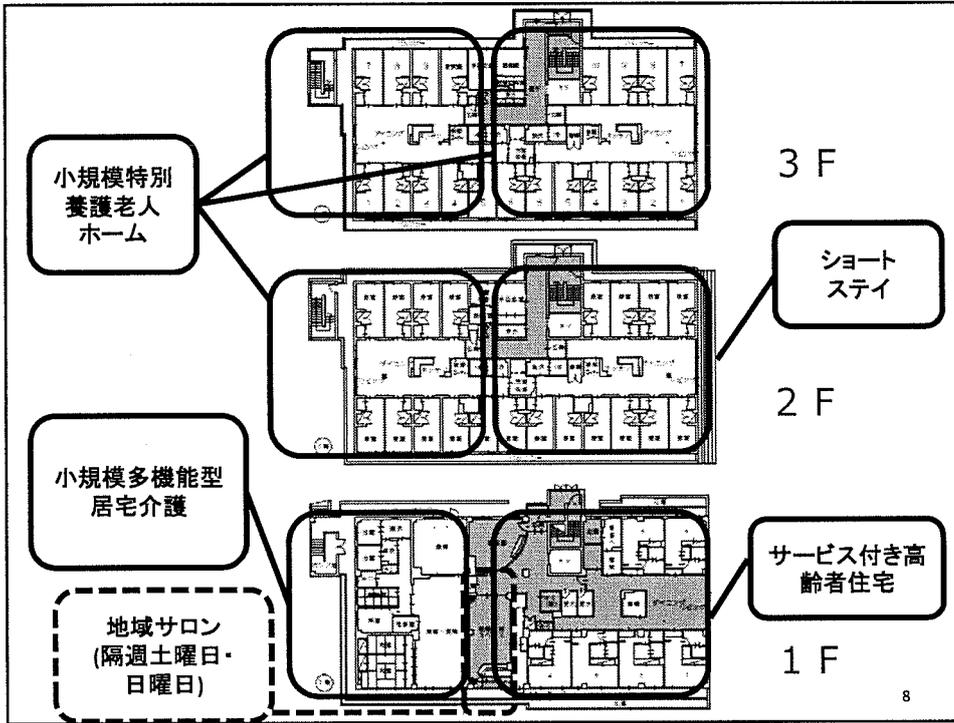
認知症高齢者やひとり暮らし高齢者等が地域で暮らし続けられる支援の充実

高齢者がいつまでも健康で生きがいを持ち、意欲や能力を生かせる環境づくり

住み慣れた地域で暮らし続けるための医療・介護・生活支援サービス等の充実

6





介護サービス基盤の充実

○ 京都市民長寿すこやかプランに基づき、介護を必要とする高齢者が地域で安

心して生活できるよう、特別養護老人ホーム等の介護サービス基盤整備を進め

ています。

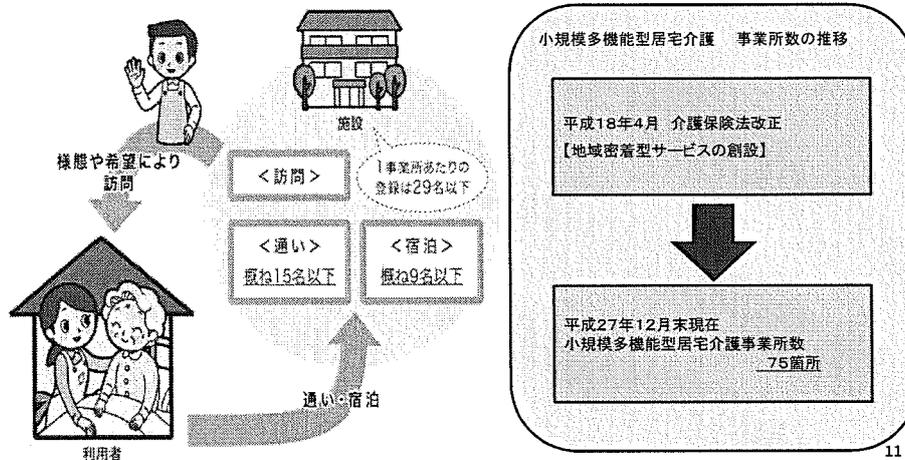
(参考)介護保険施設の整備等目標数

目標指標	平成27年度 (実績)	平成27年度 (目標)	平成28年度 (目標)	平成29年度 (目標)
特別養護老人ホーム	5,667人	5,783人	5,964人	6,105人
介護老人保健施設	4,292人	4,292人	4,426人	4,426人
認知症高齢者グループホーム	1,804人	2,065人	2,191人	2,299人

10

「小規模多機能型居宅介護」の整備について

○ 要介護高齢者の在宅生活を支えるため、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合わせたサービスである「小規模多機能型居宅介護」をはじめとした居宅系サービスの整備を着実に進めています。



2016年7月8日
台中市社会局訪問

高齢者介護政策と介護の「生産性向上」

京都大学文学研究科
安里和晃
asatowako@gmail.com

日本の労働生産性

- より短い時間で、より楽に多くを産出する。
- 労働生産性: 1人当たりのアウトプット(産出量)
- 一人当たりの労働生産性: 一人当たりGDP/就業者
- 労働生産性の国際比較: 一人当たりのGDP(PPP調整)/就業者数
- 一時間当たりの労働生産性: GDP(PPP調整済み)/労働総時間数
- 労働時間が短い国々の順位が高い? 近年の日本も労働時間の短縮が労働生産性の向上につながっているといえると指摘される。

Productivity wave decelerates

The average annual growth of labor productivity per hour, smoothed (through Hodrick-Prescott filtering), in the US, Euro area, Japan and the UK, 1891 to 2012, % change

Legend: — United States, - - Euro Area, ····· United Kingdom, - · - · Japan

Source: Banque de France 2014

日本は製造業が牽引していることがわかる。
出所: Observer, OECD
http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/4558/Productivity_925_wave_goodbye_.html#

年	労働生産性(時給)の二次産業比(%)
1940年	41.6
1945年	24.9
1950年	30.5
1955年	28.3
1960年	31.3
1965年	38.4
1970年	53.7
1975年	58.0
1980年	58.0
1985年	60.5
1990年	62.2
1995年	62.2
2000年	65.8
2005年	65.8
2010年	69.6
2012年	69.6

男女ともに第二次産業の比重が減少している。生産性の高い業種から就業者が減少していることがわかる。

内閣府男女共同参画局資料
http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h2/5/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-02-04.html

社会実情データベース
http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/5240.html

Robot revolution

「日本再興戦略」改訂2014 - 未来への挑戦 -

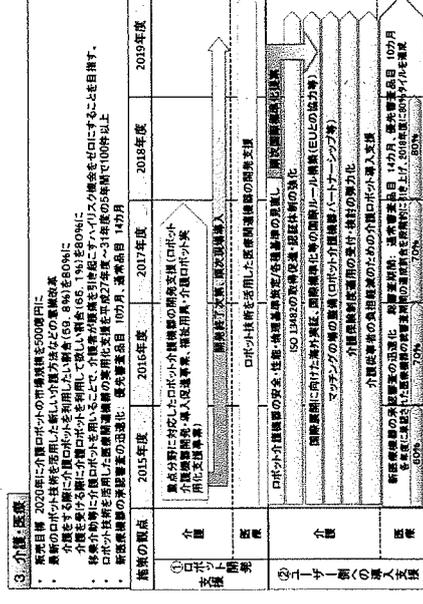
2014年8月24日 閣議決定

◆ロボットによる新たな産業革命の実現

グローバルなコスト競争に晒されている製造業やサービス分野の競争力強化や、労働者の高齢化が進む中小製造業や医療・介護サービス現場、農業・建設分野等の人材不足分野における働き手の確保、物流の効率化などの課題解決を迫られている日本企業に對して、ロボット技術の活用により生産性の向上を実現し、企業の収益力向上、資金の上昇を図る。

このため、日本の産業を牽引し「ロボット革命実現会議」を立ち上げ、環境ニーズを踏まえた具体的な規制・アクションプランとして「15ヵ年計画」を策定する。また、技術開発や規制緩和、標準化により2020年までにロボット市場を製造分野で現在の2倍、サービス分野で20倍に拡大する。さらに、こうした取組を通じ、様々な分野の生産性を向上させ、例えば製造業の労働生産性について年間2%を上回る向上を目指す。

安倍内閣が6月に発表した成長戦略第二弾(「日本再興戦略」改訂2014)で、社会的課題の解決におけるロボット(robot)の活用が打ち出された。これを踏まえて、去る9月11日に「ロボット革命実現会議」の第1回が開かれ、12月5日まで5回開かれていく。会議の趣旨は「ロボットを少子高齢化の中で人手不足やサービス部門の生産性の向上という日本が抱える課題の解決の切り口にすると同時に、世界市場を開いていく成長産業に育成していくための戦略を策定するため、ロボット革命実現会議を開催する」にある。中野宏弘、2014「介護ロボットが普及するには何が必要か」



- 「介護は人の手により提供される」といった基本概念を維持しつつロボット介護機器の活用による業務の効率化・省人化へとパラダイムシフトを支援」
- 「米国IT企業であるGoogleは、一昨年12月、有望ロボット技術を有するベンチャー企業7社を相次いで買収(総額6千万ドル)し、世界の注目を集めている」。(日本経済再生本部2015:2)
- 「欧州においても、2014年に欧州委員会と約180の民間企業・研究機関が共同してロボット分野における研究・革新プロジェクト「EU SPARC Project」(日本経済再生本部2015:2)

介護医療分野におけるロボット戦略(日本経済再生本部)

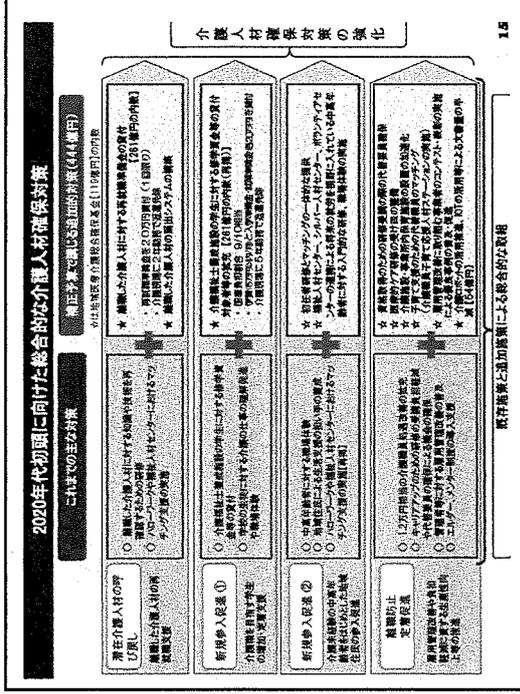
- ・販売目標として、2020年に介護ロボットの国内市場規模を500億円に拡大。
- ・意識改革:介護をする際に介護ロボットを利用したいとの意向(59.8%)を80%に、介護を受ける際に介護ロボットの利用率を80%に、意向(65.1%)を80%に(「孤弧調査」、調査時期:平成25年8月1日~8月11日)。
- ・Robot利用で介護者が腰痛ハイリスク機会をゼロにする。
- ・ロボット技術を活用し医療関連機器の実用化支援を平成27~31年度で100件以上実施する。 ロボット新戦略

日本経済再生本部
2015年2月10日
Japan's Robot Strategy
ビジョン・戦略・アクションプラン

定義1:厚生労働省

- ・対象とする「介護ロボット」とは、次の1から3の全ての要件を満たす必要がある。
- 1. 目的要件
 - ・日常生活支援における、ア)移動支援 イ)移動支援 ウ)排泄支援 エ)見守りなどの介護支援のいずれかの場面で使用され、介護従事者の負担軽減効果が期待される。
- 2. 技術的要件
 - ・次のいずれかの要件を満たす介護ロボットであること。
 - ・ロボット技術(※)を活用し、従来はできなかった優位性を発揮する介護ロボット
 - ・※ア)センサ等により周囲や自己の状態を認識し、これによって得られた情報を解析し、その結果に基づいた動作を行う介護ロボット
 - ・経済産業省「ロボット介護機器開発・導入促進事業」で採択された介護ロボット。(経済産業省ロボットポータルサイトにて例示。http://robotcare.jp/)
- 3. 市場的要件
 - ・販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

介護ロボット等導入支援特別事業(平成27年度補正予算)
「介護従事者の負担軽減に資する介護ロボット導入促進事業」における支援対象介護



定義・介護ロボット=「介護サービスを支援する先端機器・システム」の総称(公益社団法人かながわ福祉サービス振興会2012)



- 1. 目的要件
 - ・ 利用者の生活の質の向上、生活の自立の促進、介護負担の軽減等を目的とする介護ロボット。
- 2. 技術的要件
 - ・ 先行研究の成果に基づき、介護現場での実用性を有する介護ロボット。
- 3. 市場的要件
 - ・ 販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

出所: サイバーダイナミクス
http://www.cyberdyne.jp/products/lumbar_Ca
reSupport.html

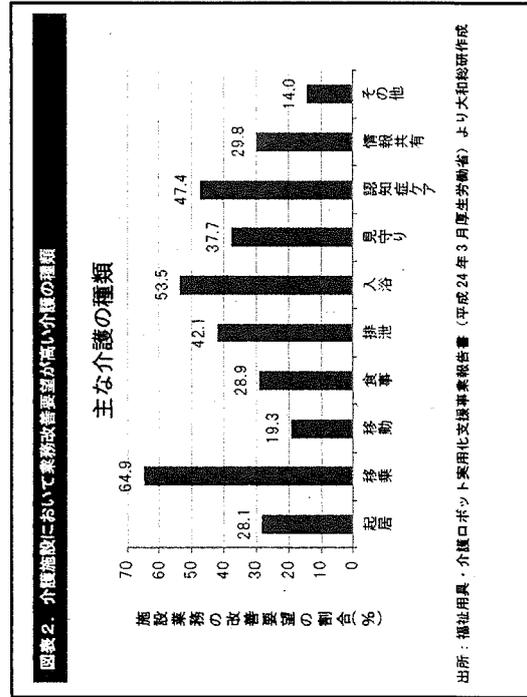
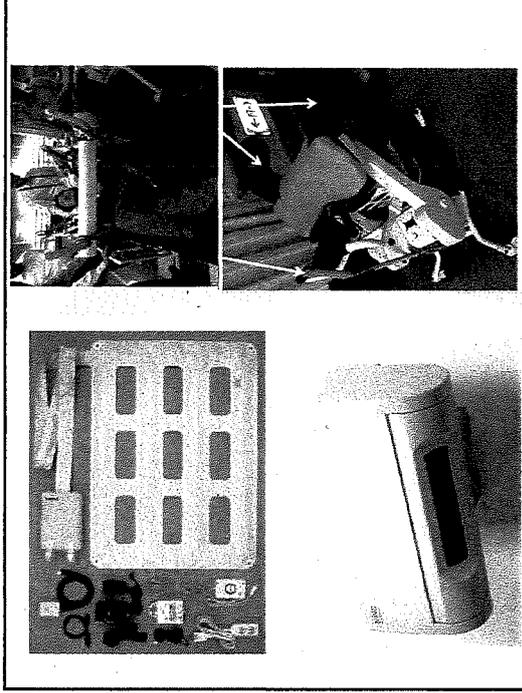
Examples of robot

介護ロボットの主な例

今後取り扱いたいと考えるロボット介護機器等
a) 認知症の方の尻守り分野

PARO
PROTOMATELLO
ROBOTIC PANDA ROBOT

出所: 佐賀新聞2013年09月24日 <http://www1.saga.s.co.jp/news/saga.0.2554453.article.html>
大和ハウス工業株式会社HP
<http://www.daiwahouse.co.jp/robot/paro/>



移乗、風呂介助における腰痛原因

表3 腰痛発症の原因と考えられる動作および負担動作

腰痛発症の原因動作		負担動作	
介護従事前有痛者	25.0	介護従事後有痛者	54.5
長時間座位	25.0	移乗時	18.2
不自然な姿勢	12.5	風呂介助時	18.2
筋力低下	37.5	無理な姿勢	9.1
その他		その他	20.7

数字は%

介護福祉の発展機構
協会 会
東京都立大学健康学系 11
(平成15年9月3日発行)

ただし、実態は・・・

- 普及は進んでいない。
- そもそもoutputは統一されておらず、介護労働は標準化されていない。
- 方法が多様で手を抜くことも可能。
- 実際に導入しているのは1.3%の施設
- 「誤作動の不安」「コストがかかり過ぎる」「人手が足りない」の3つ

問題点

- 多様な高齢者の状況(疾患、身体状況、介護環境等)にどう適合するか基準が見えていない。
- ロボットの基準に高齢者を合わせることが困難である。
- 自動排泄処理装置について、アセスメントが困難。
- ロボット介護機器を用いた新しいケアの方法等を検討
- ロボットを介護過程に取り込む作業が必要になる。
- 効率化しようとする施設はまだ多くない。コストをかけた効率化しようとする施設は少数。Outputが明確でなく安く行うことができない。担当者も多忙で忙しい。
- 高齢者に寄り添わない施設がロボット導入するとは思えない。労働者使い捨て。
- 腰痛などは個人の問題だとすれば施設はロボット導入しない。
- 人型ロボットの開発は断念。
- 高価
- 技術者と介護者の考え違いによることにギャップ
- 徘徊・離床等のセンサー製品は、施設分野よりは、在宅分野での普及を予想。
- 入浴は「お湯に浸かりたい」「お湯に浸からなければならぬ」といったイメージが薄壁

ロボット導入への問題点

- 省力、省時間、効率化、質の向上に寄与するのか
- 見た目、使用方法ともに簡単な製品
- 準備に時間がかかるロボット機器の普及は難しい
- 消毒や輸送などの手間、コスト、部品交換や時間といったメンテナンス負荷が高い。
- 操作のための職員研修といった人材育成コスト
- 介護業務においてその都度何度か介護ロボットを使うことは非効率
- 複雑な介護過程においてロボットは単機能のみ
- 局所的なメリットではなく、業務全体の効率化できるか
- 介護サービスは人の手でやるべきだという考え方
- ケアマネは介護職や看護職経験者が多く人的サービスの質が優れていると意識
- 装着、安全装置など装着が多く、ロボットに慣れない高齢者層、認知症保持者。
- 施設介護を対象としており、在宅は限られている。
- 労働集約が資本集約か、質は向上するのか。

発話ロボットに対する不信と信認

- 発達障害の養育に関しては人と話すことができなくてもアンドロイドと話ができる。ロボットはうそをつかない、信頼できると思っている。自己の内面との会話ができる自閉症克服のカギがある。(産業技術総合研究所) <https://www.youtube.com/watch?v=sKIEMPPpDCbA>
- パロは心に働きかける。ロボットとして受け入れられながらも心を開かせる。(産業技術総合研究所) <https://www.youtube.com/watch?v=sKIEMPPpDCbA>
- 頻尿が治る。日中の覚醒でよく眠れるようになる(ただしこれは高齢者の社会的役割の創出という点で重要かも知れない)。認知症患者に対して、本人の経験や知識が引き出せるようになる。

最近の介護政策と地域包括ケアシステムの動向

2016.7.8

木田尚司
 京都女子大学教授
 一般社団法人認定介護福祉士認定・認定機構 副理事長

厚労省「公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)」

介護保険導入の経緯・意義

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

- 自立支援・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- 利用者本位・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

厚労省「公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)」

高齢者保健福祉政策の流れ

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960)	老人福祉法制定 老人ホーム創設 老人福祉事業団員(ホームヘルパー)法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	老人医療費無料化
1980年代 社会的入居や認知症高齢者の社会的孤立問題化	9.1% (1980)	老人保健法の制定 老人医療費の一部負担の導入等 モデルプラン(高齢者保健福祉推進十か年戦略)の策定 介護緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 モデルプランの推進	12.0% (1990)	新モデルプラン(新・高齢者保健福祉推進十か年戦略)策定 在宅介護の充実
介護保険制度の導入準備	14.5% (1995)	厚生労働省政策立案 介護保険制度創設に関する「研究合意事項」 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	介護保険施行

厚労省「公的介護保険制度の現状と今後の役割(平成27年度)」

従前の制度

- 行政窓口申請し、市町村がサービス決定。
- 医療と福祉に別々に申し込み。
- 市町村や公的な団体(社会福祉協議会など)中心のサービスの提供。
- 中高所得者にとって利用者負担が重く、利用しにくい。
例: 市町村が毎月100万円の給付医療費、特別支援老人ホーム 月10万円
 ○特別支援老人ホーム 1部屋200円
 ○ホームヘルパー 1時間200円

介護保険制度(改正当時)

- 利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用。
- 介護サービスの利用計画(ケアプラン)を作って、医療・福祉のサービスを総合的に利用。
- 民間企業、産協、生協、NPOなど多様な事業者によるサービスの提供。
- 所得にかかわらず、1割の利用者負担。
例: 世帯主が年収60万円の給与所得者、妻が月120万円の年金受給者の場合、
 ○特別支援老人ホーム 月2万円
 ○ホームヘルパー 30分~1時間100円

最近の介護政策

介護保険制度創設と介護政策・介護保険法改正

- 1997年介護保険法成立
- 2000年介護保険制度創設
- 2005年度介護保険法改正
 - ：予防重視型システムへの転換、新たなサービス体系の確立
- 2008年度介護保険法改正
 - ：地域包括ケアシステムの構築に向けて
- 2011年度介護保険法改正
 - ：地域包括ケアシステムの構築
- 2014年度介護保険法改正
 - ：在宅医療・介護の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進
 - ④生活支援サービス充実・強化

介護保険制度

(数字は2016年4月暫定)

- 保険者：市区町村等
- 被保険者：1号被保険者 65歳以上(3,387万人)、2号被保険者 40～64歳
- 1号被保険者の保険料は市区町村が決定(第6期全国平均月額5514円)
- 要介護認定 要介護Ⅰ～Ⅴ 要支援Ⅰ～Ⅱ (621.5万人 65歳以上人口比18%)
- 在宅サービス受給者数 390.1万人
- 地域密着型サービス受給者数41.6万人
- 施設サービス受給者数91.7万人(「介護老人福祉施設」51.1万人、「介護老人保健施設」35.1万人、「介護療養型医療施設」5.8万人) *65歳以上人口比2.7%

「地域包括ケアシステム」の展開

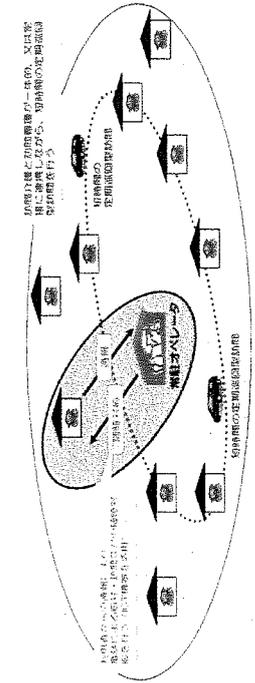
- 「前例のない高齢社会」<40%が高齢者である社会>へ(平成19年版高齢社会白書)
- 2006年：「地域包括ケアシステム」の考え 地域包括ケアセンター、地域密着型サービスの創設！
- 「考え」は2007年(2015年の高齢者介護)で提示
- 2012年：「地域包括ケアシステム」構築の強調！
 - 介護保険法改正 地域包括ケアシステムの構築を法定化
 - 医療政策が在宅医療重視に「予防型」から「地域密着型」の医療へ
 - 「地域包括ケア研究会」(2010)等で検討 ⇒ 制度見直しへ
 - 「個別支援+地域支援」へ ⇒ 地域ケアのマネジメント力
 - 「地域包括ケア研究会」(2013, 4)
 - 「地域包括ケアシステムにおける5つの専門性を強調！」
 - 「介護・リハビリテーション」/「医療・看護」/「保健・予防」/「福祉・生活支援」/「住まいと住まい方」(「住まいと住まい方」)「生活支援・福祉サービス」
 - 「介護・医療・予防」「本人・家族の選択と心構え」)
- 2012年「社会保障制度改革国民会議報告」で地域包括ケアシステムと「医療機能の分化・連携、創設、創設」(二本立)
- 2014年「医療介護総合確保法」第2条で地域包括ケアシステムの定義
 - 地域ケア会議の法定化(自治体) 協働の重視
 - 介護職の確保が明確に 2025年に250万人必要、だが30万人不足。
 - 「量と質の財源確保をつくる」(構想型から富士山型へ) 介護チームのリーダー一線の高齢者へ
- 2015年 認定介護福祉士認定・認定機構の創設(2015.12)
- 2015年「新しい総合事業」創設 介護保険制度の見直しへ

2011年度介護保険法改正

資料：厚生労働省HP「介護保険」

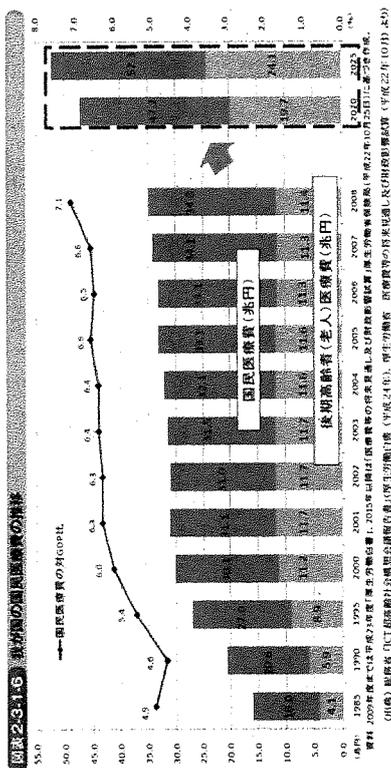
24時間対応の定期巡回・随時対応サービス創設(イメージ)

○ 介護者を支え、24時間巡回・随時対応サービス創設の対応を、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携して実施する。また、夜間・夜間の巡回・随時対応サービス創設は、要介護1～5の要介護者に対して実施する。



※ 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス創設は、要介護1～5の要介護者に対して実施する。また、夜間・夜間の巡回・随時対応サービス創設は、要介護1～5の要介護者に対して実施する。また、夜間・夜間の巡回・随時対応サービス創設は、要介護1～5の要介護者に対して実施する。

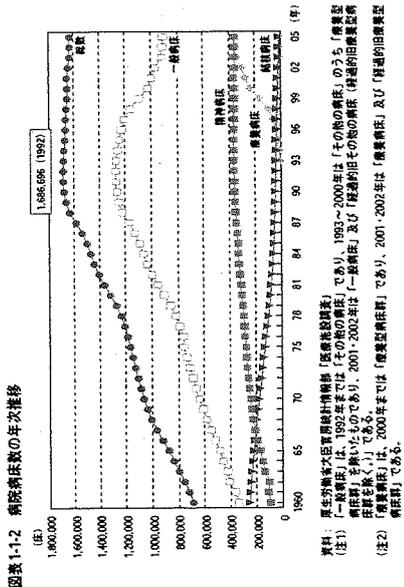
日本の国民医療費の推移 総務庁「情報白書25年版」



転換点としての2012年度

- 医療：「新在宅医療・介護元年」 介護：「地域包括ケア元年」
- 2012年度・政策上、医療の側も介護の側も、地域に包括的なケア体制の構築
 - 医療制度の「地域(包括)ケア体制」、介護保険制度の「地域包括ケアシステム」法律上も位置づけ
 - 2012年「5疾病・5事業及び在宅医療」(医療計画)
 - 2011年 在宅医療連携拠点事業が10か所
 - 2012年 介護保険制度の見直し「地域包括ケアシステム」の構築

『平成19年版厚生労働白書』(8頁)



「地域包括ケアシステム」の構築への転換政策 何を実現？ 5つの視点 (木田2015)

課題

1. 「退院支援の仕組みづくり」など、病院と地域の結びつきを強める
2. 「地域の医療機関と介護サービス」の結びつきを強める
3. 「専門機関、専門職と地域の民生委員、町会等との結びつきを強める(「フォーマルとインフォーマルのサービスを結び付ける。）」
4. 「要介護者も、家族介護者も「日常生活」を営めることができる仕組みを促進する」
5. 「高齢者も、障がい者等も、誰もが住みよいまちづくりを促進する」

何を目標にするかで、「地域包括ケアシステム」の取組組みも違ってくる

「地域包括ケアシステム」の構築の4つの「圧力」(木田2015)

- 「地域包括ケアシステム」の構築は国の政策
- 急性期医療改革(退院支援)の「圧力」
- 自治体レベルの長期ケアの再編の「圧力」
- 医療と介護 + α
- 制度の持続性の「圧力」
- 新たな社会に向けた「まちづくり」の「圧力」

■ 専業⇄願望
政策の展開？

「地域包括ケアシステム」の構築をめぐる課題

- 施設整備を抑制し、地域ケアへの転換は可能か
- 地域ケアのサービス整備は可能か
- 地域ケアのマネジメントを創ることができるか
- 地域ケアを支える人材の育成は可能か
- 社会的ケアを担う介護職の育成は可能か
- 地域社会の理解は可能か
- 住民の参加は可能か

「日常生活の営み」への支援

介護保険法の目的

「…尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う…」(第1条)

「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならぬ」(社会福祉法第3条)

注：介護支援専門員の配置づけ(介護保険法)

「自立した日常生活を営むのに必要な援助」
「地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他の場における活動に参加する機会が与えられる」(同第4条)

高齢者の中で「居住」にしている人の割合 各国の高齢者の居住(「施設」等)状況

- 日本 4.4%
- スウェーデン 6.5%
- デンマーク 10.7%
- 英国 11.7%
- 米国 6.2%

2008年12月15日、社会保障審議会介護給付費分科会 第2回介護施設等のあり方に関する委員会資料(厚生労働省)。

表1 日本のケアバランス政策 (高齢者施設整備目標) 本報記者 (2013.10.31)

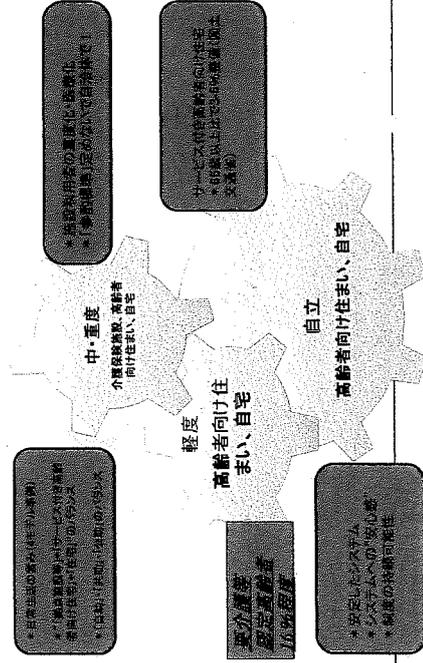
年代	施設整備目標(65歳以上人口比)	備考
1980年代	3.8%(特養1%, 老健1%, 延寿入居1%)	宮内庁(5/25)等を示した数値。
2000~2002年 (介護保険事業計画第1期)	3.4%(介護保険施設等)	後継増(厚生労働大臣)で示した、施設整備目標数値。
2003~2005年 (介護保険事業計画第2期)	3.1%(介護保険施設等)2.7%(グループホーム)も含む(3.8%)	後継増(厚生労働大臣)で示した、施設整備目標数値。
2006~2008年 (介護保険事業計画第3期)	要介護1~Vのうち53%以下(介護保険施設、グループホーム、有料老人ホーム等)	後継増(厚生労働大臣)で示した、施設整備目標数値。要介護者の状況、「要介護1」以下の利用状況を示した数値目標。
2009~2011年 (介護保険事業計画第4期)	同上	同上
2012~2014年 (介護保険事業計画第5期)	市町村の判断	数値自体を示すこともやめ、市町村の判断とする。

表 1990年代初頭のOECD 諸国の長期ケア施設利用者(高齢者比)

6.9%以上	カナダ、フィンランド、ルクセンブルグ、オランダ、ニュージーランド、ルウエイ
5.5~6.4%	オーストラリア、デンマーク、日本(高齢者の全入院者を含めた場合)
4.5~5.4%	オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、アイルランド、スウェーデン、イギリス、アメリカ
1.0~4.4%	イタリア、日本(高齢者の6ヶ月以上の長期入院者を含めた場合)、ポルトガル、スペイン
1.0%未満	ギリシャ、トルコ

出典: OECD (1998) 'Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution' Figure. 3.1 を加工。

地域包括ケアシステム(市町村、日常生活圏域)



介護職員の推移と見通し

○ 介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、10年間で倍以上となっている。また、2025年には、介護職員は更に1.5倍以上必要と推計されている。

	平成12年度 (2000年度)	平成24年度 (2012年度) (推計値)	平成27年度 (2015年度) (推計値)	平成37年度 (2025年度) (推計値)
介護職員	55万人	149万人	167~176万人 (164~172万人)	237~249万人 (218~229万人)

【介護職員の推移と見通し】(医療・介護に従事する職員)
 (注1) 平成27年度、平成37年度の推計値は厚生労働省「一体型高齢者介護施設整備計画」に基づき、0内は現状をその前提とした上で推計している。
 (注2) 2015年、2025年の推計値は総務省の推計値を基にしている。

介護職がいなければ、「地域包括ケアシステム」の構築は「絵に描いた餅」

- 250万人必要 (2025)。一万人に250人の介護職！
- 10年間で2倍の介護職の育成
- 自治体ごとに育てる仕組みを
- 介護職に入りやすい仕組み (誰でも)
- 向いている人には、介護福祉士に
- その中からリーダーを育てる
- 介護職の労働環境改善

介護職の「量」と「質」の確保が“力ギ”
地域に、介護職の厚い層を創る

- 現在の倍を継続的に育てる
- 介護福祉士職等の定着させ、離職率を下げる
- ケアマネに転職しなければの「現実」を変える
- 地域の暮らしを理解し、地域の暮らしを支えている自覚を持つリーダーを育てる
- 地域に信頼され、後輩を育てられるリーダー層を育成する

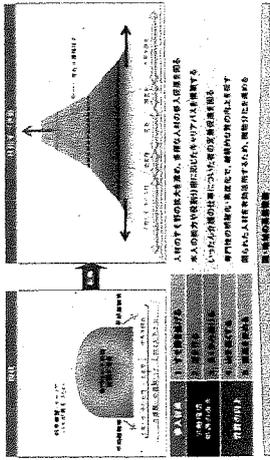
地域包括ケアシステムの構築の目標の
いづれの場合も介護職が前提に

- 退院支援の仕組みを創る
- 医療と介護・福祉の協働を創る
- 事業所と住民の協働を創る
- 高齢者、家族介護者の「日常生活を営む」を創る
- 障害者等住民の「日常生活を営む」を創る

「社会保険審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会」(委員長田中滋壽氏
大名堂敬裕) 報告書「2025年に向けた介護人材の確保～質と量の好
循環の確立に向けて～」(2015年2月25日)

従来型から富士山型へ

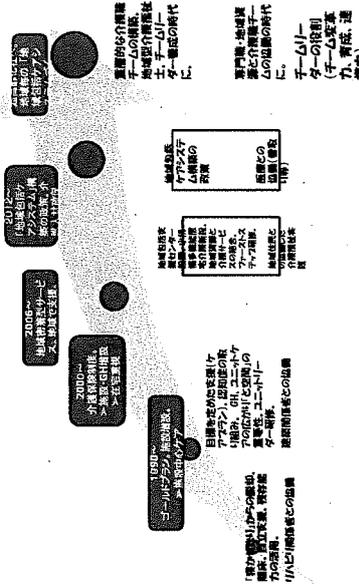
2025年に向けた介護人材の確保経路 (イメージ)



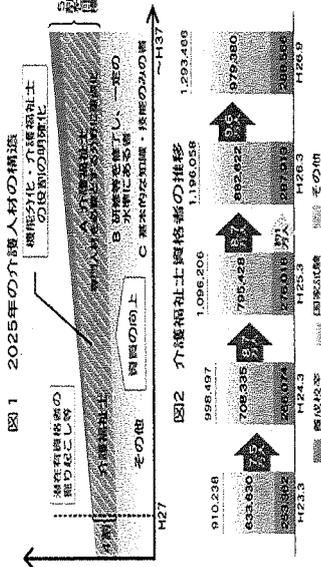
2025年 介護職250万人必要。「質と量の好循環」時代に
従来型から富士山型への転換

- 介護福祉業界の歩み その意味を伝える大切さ！
 - 「日常生活を営む」ことを支援(生活支援)の対象に拡大して 介護福祉業界は何を
届出した?
 - 「趣味」業の意味
 - 「(ベッドから)稼働の自由」の確保(「生活の自由」は奪えない)から学ぶ
 - 「日常生活を営む」ことを支援(生活面のケア・看护)の意味を求め、
- 大きな企業集団に 重層的な介護職チーム
中堅のリーダーの役割は
- 介護職チームの中堅リーダーを育成する！
- 認定介護福祉士(原簿)の創設へ
 - 各都道府県で働きながら、経済的負担が重くなく、学べる仕組みを！

介護福祉業界の展開 1987年国家資格介護福祉士誕生後



介護人材養成の課題 (資料:2014年10月福祉人材検討会報告を参考)



「世話」から「自立支援」
（「新介護システム」1994）

日常生活の営みの支援の歩み振り返る

広島県の特別養護老人ホーム・誠和園の実践
1970年代から1980年代へ、1980年
代から1990年代へ

村上邦廣等『懐たきり地獄はもう嫌じゃ』筒井書房、1994

高齢者施設での要介護高齢者等の
「日常生活」を営むことへの支援の歩み
「日常生活を営む」への支援、援助の変遷

- 「ベッド上」⇨「部屋・施設内」⇨「地域社会」
bed-bound chair-bound, house-bound
- 身体介護（介護）⇨利用者の関係性
⇨家族、地域社会の関係性
- 各職種の役割変化と他職種との連携強化
- ◆ 要介護者の「日常生活」の広がり、「生活主体者」へ

おわりに

- 日本の地域包括ケアシステムの構は、成功するか。
- その成功の条件は？

- ご清聴ありがとうございました。

太田貞司（おおた ていじ）

【略歴】現職：京都女子大学家政学部生活福祉学科教授。神奈川県立保健福祉大名誉教授。1947年北海道生まれ。保健所等で在宅ケアに従事後、広島女子大などを経て神奈川県立保健福祉大勤務、2012年定年退官。その後聖隷クリストファー大学勤務。2016年現職。北大文学部卒。北九州市立大学大学院社会システム研究科後期課程修了。専門：介護福祉論、地域ケア論。学術博士。国家試験介護福祉士試験委員、「認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会」委員長、「介護福祉士国家試験の在り方検討会」座長等を歴任。一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構副理事長（2015～）。日本介護福祉学会会長（2015～）。

【著書等】

- ・『在宅ケアの条件』（1992）
- ・『生活文化を支える介護』（1996、編）
- ・「ホームヘルプサービスと「医療対象者」－「医療対象者」へのホームヘルプサービス導入の経緯」（岡上和雄等編『精神障害者のホームヘルプサービス－そのニーズと展望』、2001）。
- ・『地域ケアシステム』（2003）
- ・「日本における介護福祉思想の起点」（『介護福祉思想の探求』（2006 共編）
- ・「地域ケアと地域福祉－介護福祉士養成の課題」（『介護福祉教育の展望』2008 共編）
- ・「フィンランドのラヒホイタヤーカーケアワーカーの再考」（2012）
- ・「介護教育からみた介護福祉士のキャリアアップ」（2012）ほか。
- ・「一番ヶ瀬社会福祉論と介護福祉論」岩田正美・田端光美・古川孝順編『一番ヶ瀬社会福祉論の再検討－生活権保障の視点と広がり』（2013）
- ・地域ケアシステム・シリーズ全4巻編集代表（2009～12）（『地域包括ケアシステム－その考え方と課題』『医療制度改革と地域ケア－急性期病院から慢性期病院へ、そして地域・在宅へ』『地域ケアシステムの変革主体－地域ケア・当事者・住民』『大都市の地域包括ケアシステム－「見えにくさ」と「描く力』』）
- ・地域ケアを拓く介護福祉学全6巻監修（2014～15）（『地生活支援総論』『生活支援の基礎理論Ⅰ』『生活支援の基礎理論Ⅱ』『生活支援の実践』『介護福祉の組織・制度論』『介護福祉の総合演習』）。
- ・その他

最長で93日間取得が可能

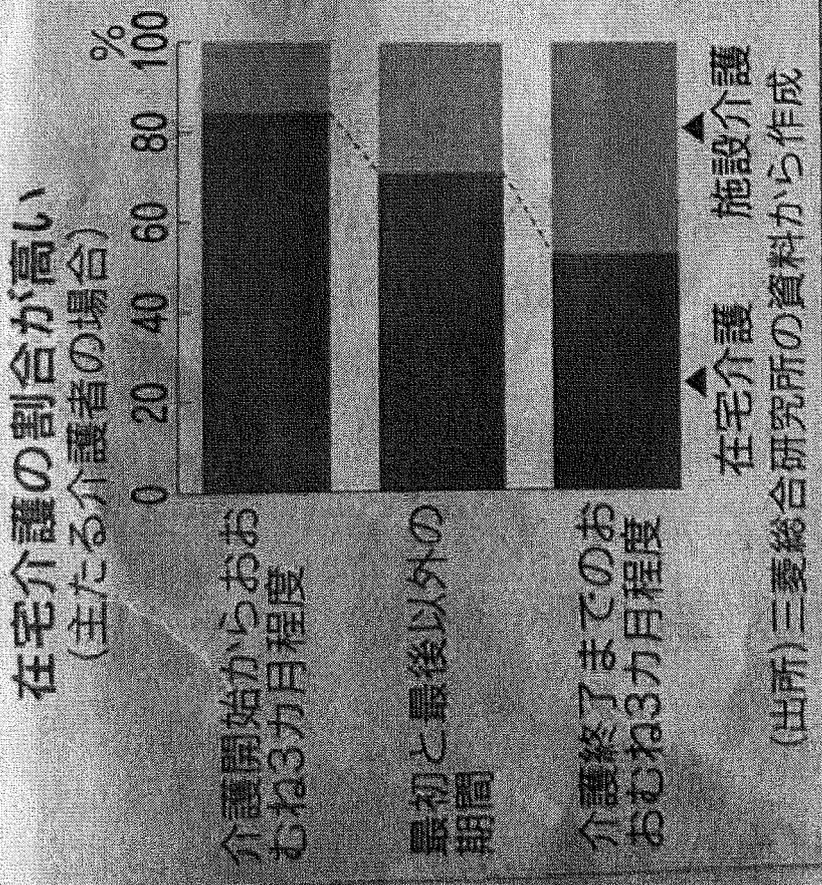
▽：会社で働く人が家族の介護のために休みを取りながら一定の給付を受けられる公的制度。1999年に始まった。条件に応じて最長93日間休みを取得できる。休業前の賃金の40%に相当する額を介護休業給付として受け取ることができる。財源は国と労使で負担する雇用保険の特別会計から出る。対象となる家族は配偶者、本人の両親、兄弟、祖父母などだ。

▽：当初は非正規労働者は利用で

きなかったが、2005年からは「1年以上同じ企業に勤めている」などの条件を満たせば介護休業を取得できるようになった。09年法改正で介護のために最大年5日間の休暇を得られる制度も始まった。要介護状態にある家族の日常的な介護のために、年休や欠勤で対応している労働者が多かったことが理由だ。

▽：高齢化を背景に要介護状態の人は増えている。要介護(要支援)

介護休業



認定者数は今年4月末時点で621万5千人に達した。要介護の認定は介護の必要が高い順に要介護5から1までである。5の場合は「日常生活で全面的な介助が必要」、3の場合は「衣服の着脱に介助が必要」、1では「歩行が不安定」など介護度ごとの目安が定められている。

きょうのこぼれ