

論文

助け合いにより安心できる高齢者介護の実現に向けて

高橋 里奈

はじめに

日本では高齢化が進んでおり、高齢者の介護が大きな問題となっている。介護とは、病人や心身に障害のある人に付き添って日常生活の世話をすること¹と定義されており、老人介護の他にも障がい者介護や病後介護なども含まれている。介護は生きていく中で誰もが直面しうることであり、高齢者自身だけでなく家族や身近な人にも関係している。高齢社会の対応として高齢者の介護を社会全体で担う必要があるが、介護労働者の人材不足という雇用に関する問題も存在している。

本文では老人介護に注目して論じる。第1節では高齢化によって介護の需要と供給がどのように推移しているかについて論じ、第2節では介護の問題とそれに対する対応策、フランスの介護サービスについて論じる。第3節では介護保険制度の仕組みについて取り上げ、第4節ではこれからの政策として地域包括ケアの有効性と、企業などの新たな取り組みについて論じる。

誰もが介護と関わる可能性が存在するため、介護保険制度などの周知をすすめ、介護を取り巻く環境の改善が必要となると考えられる。

第1節 日本の介護を取り巻く現状

1.1 日本の高齢化の現状

2017年10月1日現在、日本の総人口は1億2871万人、65歳以上人口は3515万人となり、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は27.7%となっている。

2017年4月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」を概観する。将来推計人口とは、全国の将来の出生、死亡及び国際人口移動について仮定を設け、これらに基づいて日本の将来の人口規模並びに年齢構成等の人口構造の推移について推計したものである。この推計によると、総人口は2029年に1億2000万人を下回った後も減少を続け、2053年には1億人を割って9924万人となり長期の人口減少を続けると見込まれている。対して、65歳以上人口は、「団塊の世代」が65歳以上となった2015年に3387万人となり、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には3677万人に達すると見込まれている。その後も65歳以上人口は増加傾向が続き、2042年に3935万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。「団塊の世代」とは、1947年から1949年の第2次世界大戦後のベビーブーム時代に生まれた世代のことであり、出生数は毎年約270万人ほどであった。

¹ 明鏡国語辞典（2010）。

総人口が減少する中で65歳以上の者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2036年に33.3%で3人に1人となる。2042年以降は65歳以上人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2065年には38.4%に達して、国民の約2.6人1人が65歳以上となる社会が到来すると推計されている²。

1.2 介護サービスにおける供給と需要

介護の実態を知るために、供給側である介護施設の数の推移と需要側である要介護（要支援）認定者数の推移を見ていく。

介護施設・事業所数の変化からみる供給面

供給側では介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に限定している。この三つの施設は介護保険施設に分類されており、営利法人の直接参入が認められていない公的な要素の強いサービスである。介護老人福祉施設は、介護度が高く在宅介護が難しい方を対象とした施設であり、入居基準は要介護3～5となっている。他の2つの施設と比べ、利用料を安く抑えられることが多いというメリットがある反面、入居待機者が約34万人と多いためなかなか入所できないというデメリットがある³。介護老人保健施設は退院後すぐの在宅生活が難しい方を対象に、在宅復帰を目指す施設であり、入居基準は要介護1～5となっている⁴。介護老人福祉施設と異なり原則3～6カ月という入居期間の制限があるため、短期間のリハビリが必要な方に適している。介護療養型医療施設は医学的管理が必要な方を対象にした施設であり、入居基準は要介護1～5となっている。それぞれの開設主体は、介護老人福祉施設が社会福祉法人であり、介護老人保健施設は社会福祉法人、医療法人、健康保険組合などである。介護療養型医療施設は、医療法人または個人に限定されている⁵。

図1のように施設・事業所数の推移は2000～2017年の17年間で、全体を見ると2417施設増加している。そして、2017年において2000年の約1.2倍増加していることが分かる。介護医療型医療施設は年々減少しているが、介護老人福祉施設と介護老人保健施設は増加し続けている。介護老人福祉施設の2000～2017年における増加率は、約77%であり、介護老人保健施設の増加率は約62%である。介護療養型医療施設が近年減少しているが、これは2017年度末で介護療養型医療施設は廃止されていることが理由として挙げられる。制度の創設時は医療を必要としなくなった時点で転出や退所を想定していたが、長期の入所者が多数を占める状況が続き、社会保障費を圧迫していたことや、医療施設であるのに介護保険が適用されていたというねじれの問題も廃止される要因となったと考えられる。2024年3月末までの移行期間が設けられており、

² 内閣府「平成29年版高齢社会白書」。

³ Wikipedia「介護老人福祉施設」。

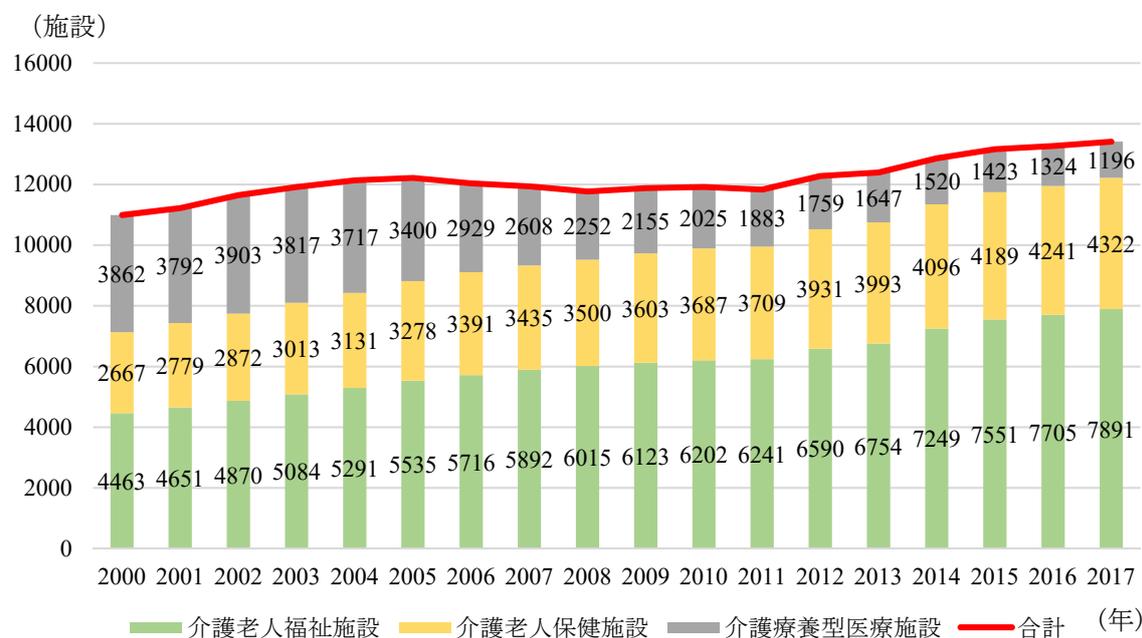
⁴ Wikipedia「介護老人保健施設」。

⁵ 原田（2015）p. 110。

代わりに新しく「介護医療院」を設けるとされている⁶。2017年の法改正において、介護療養型医療施設の経過措置期間を6年間延長し2030年までの間、その効力を有することとなっている⁷。

要介護高齢者のうちどの程度が家庭で介護されているのか、という問いに対する答えを明確に出せるデータは存在していない。介護保険制度施行前に寝たきり高齢者のデータから概算したところでは、在宅介護率は1978年には約7割であったのが、1995年には約3割まで低下してきていた。2000年代に入り、介護保険制度利用者のうち要介護5の認定を受けている人の約8割が在宅サービスを利用しつつ在宅介護をしている⁸。

図1 施設・事業所数の推移



(出所) 厚生労働省 (2018) 『平成 29 年介護サービス施設・事業所調査の概況』より作成。

要介護・要支援認定者の変化からみる需要面

次に、需要側である要介護（要支援）の認定者数を見ていく。要介護状態とは、寝たきりや認知症などで常時介護を必要とする状態のことである。要支援状態とは、家事や身支度などの日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態のことである。介護の必要性の観点から見ると、要支援よりも要介護の方が必要性が高い。認定は保険者である市町村に設置される介護認定審査会において判定される⁹。市町村の認定調査員による心身の状況調査、及び主

⁶ 厚生労働省「介護医療院の概要」。

⁷ 鈴木 (2018) p. 68.

⁸ 直井 (2014) p. 45.

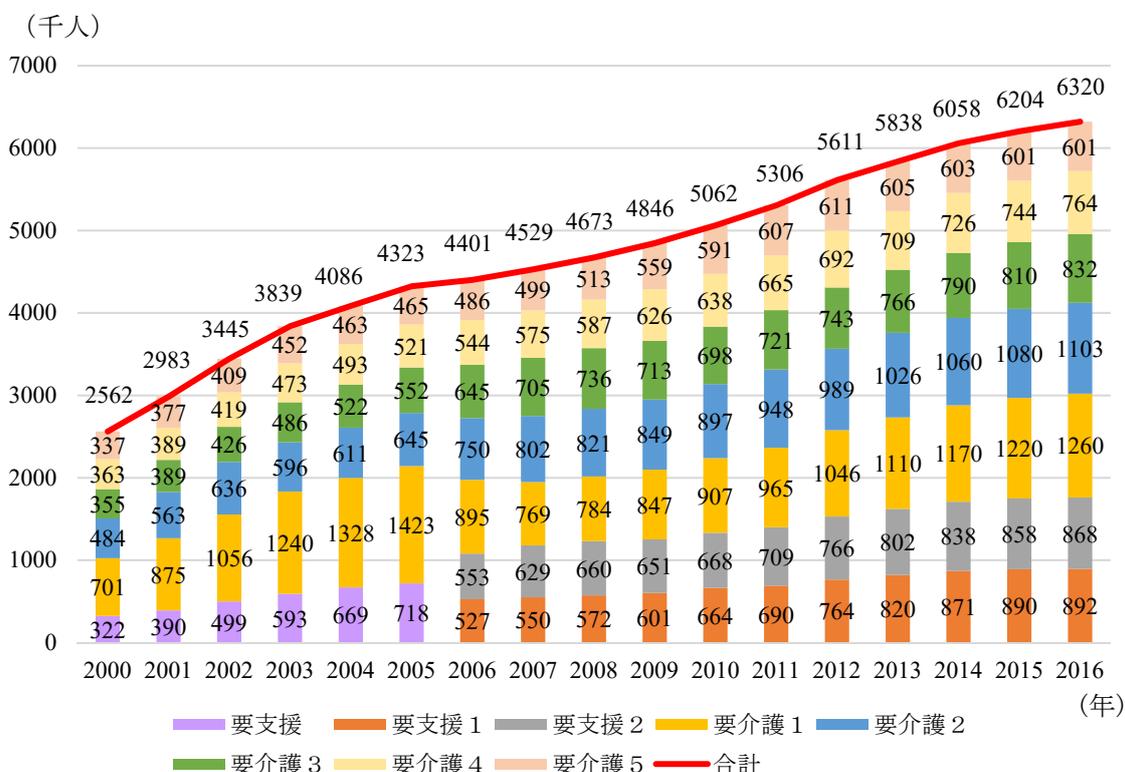
⁹ 厚生労働省「要介護認定に係る制度の概要」。

治医意見書に基づくコンピュータ判定を1次審査とする。その結果に基づいて、学識経験者などの専門家により構成される介護認定審査会により2次審査を行い、認定となる。

図2を見てみると2000年以前にも要介護認定者は存在したが、2000年の介護保険制度が始まってから、右肩上がりに認定者数が増加していることが分かる。2000～2016年において375.8万人も増加しており、2016年の認定者数は2000年の約2.5倍にまで増加している。

供給側の施設数は2000～2016年で約1.2倍、対して需要側の要介護認定者数は2000～2016年で約2.5倍となっている。以上の事から、需要側の増加率に対して、供給側の増加率が追い付いていない現状が分かる。

図2 要介護（要支援）認定者数



(出所) 厚生労働省 (2018) より作成。

1.3 介護の担い手

高齢者が虚弱期や要介護期になると、サポートの源として家族が重要になる。サポートは実際に経済的援助をしたり、家事や介護をする手段のサポートと、心の支えになったり、相談にのったりする情緒的サポートに分けられる。家族の世帯構成ごとに、サポートは変わってくる。

子どもとの同居世帯においては、同居する子とその配偶者である夫婦がサポート源になるの

が一般的である。同居世帯は豊富なサポート源があるとみられがちであるが、子ども夫婦には仕事があり昼間はサポートがない状態であることも多い。そして、他人から家族の状況が分かりにくいため、虐待などもかえって見過ごされやすいということに注意する必要がある。未婚子との同居においては、親をサポートするために子が結婚や家を離れにくいなど、子の福祉の面から問題を内包している場合もある。

夫婦世帯においては、多くの高齢者が日々の家事を負担と感じる虚弱期まで夫婦で過ごすようになり、サポートの担い手として配偶者が非常に重要となってきている。家事については圧倒的に女性が多くを負担しているが、いずれの家事も高齢期になると70歳半ばまでは夫がより参加するようになり、夫の家事参加は重要なサポートになる。夫の家事サポートには技術が伴わないこともあるため、料理講習なども重要な福祉政策になる可能性がある。夫が虚弱な場合には、妻がサポートすることが当たり前となり、妻が無理をして体を壊すこともあり、この時期の夫婦世帯にはお互いが負担にならないような外部からのサポートが必要になる。

ひとり暮らし高齢者については、自立期から虚弱期への移行が突然であったり、周囲に認知されないままであったりする点に留意する必要がある。同居家族がいないことは高齢者の変化に気付くことの遅れにつながるため、近所の人や福祉に携わる人々からの見守る体制が欠かせなくなると考えられる¹⁰。

第2節 介護にまつわる問題と解決の方法

2.1 介護におけるさまざまな問題

適切な介護サービスが受けられない介護難民

介護難民とは、介護が必要な「要介護者」に認定されているにもかかわらず、施設に入所できないだけでなく、家庭においても適切な介護サービスを受けられない65歳以上の高齢者を指す。家庭における適切なサービスとは、介護士が自宅を訪問し、食事や入浴、排泄、衣服の着脱などの日常生活の介助や、料理、洗濯などの生活援助のことを指す。

介護難民が増える理由の一つは高齢者の増加である。高齢者の増加に伴い、要支援・要介護認定を受ける人の数も増加する。厚生労働省が発表した2016年度の「介護保険事業状況報告書」によると、2000年には256万人であった認定人数が2016年には632万人にまで増加している¹¹。もう一つの理由は、介護に携わる従業員が不足していることである。賃金が低いことや、離職率が高いなどといった、労働環境の問題などが労働力不足の原因となっている。介護職員処遇改善加算を届出している事業所における介護職員（月給・常勤の者）の平均基本給額は、2015年9月：17万6890円、2016年：17万9680円となっている¹²。そして、介護従事者の離職率について

¹⁰ 直井（2014）pp. 43-45.

¹¹ 厚生労働省『平成28年度介護保険事業状況報告』。

¹² 厚生労働省『平成28年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要』。

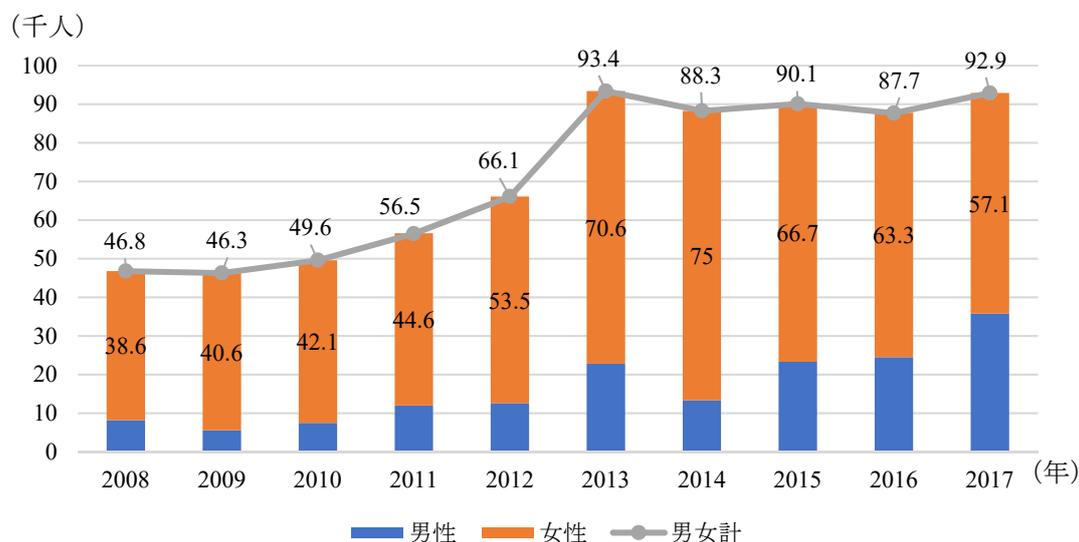
では2015年度は16.5%であったが、2016年度は16.7%となり0.2%悪化していた¹³。介護従事者の離職理由としては、職場の人間関係に問題があったため：23.9%、結婚や出産による理由：20.5%、職場の理念や運営に不満があったため：18.6%などが挙げられ、収入が少ないという理由も挙げられた¹⁴。

介護のために職を辞める介護離職

介護離職とは、家族の介護を理由とした離職のことであり、介護離職をする多くは女性である。介護離職の理由としては、「仕事と介護の両立が難しい職場だった」、「自身の心身の健康状態が悪化した」というものがある¹⁵。

図1で示した厚生労働省の「雇用動向調査」から介護・看護を理由とする離職者数の推移を見ると、2012年から2013年にかけて急激に離職者が増加しており、その後は9万人程度を推移していることが分かる。男女別にみると、2012年頃までは女性の割合が80%程を占めていたが、2017年を見ると、男性の割合が約40%となっている。女性が80%を占めている理由としては、家計の補助としてパートタイムや非正規で働いている人が多く、家計を支えている男性よりも離職がしやすいということが考えられるのではないかと。しかし、男性の離職者も一定数おり、増加傾向にあることも見逃せないところである。

図3 介護・看護を理由とする離職者数の推移



(出所) 厚生労働省「雇用動向調査」より作成。

¹³ 公益財団法人介護労働安定センター『平成28年度介護労働実態調査』p. 1.

¹⁴ 公益財団法人介護労働安定センター『平成28年度介護労働実態調査』p. 4.

¹⁵ 厚生労働省『「介護離職ゼロ」ポータルサイト』.

表1に示されるように2017年の介護・看護を理由とする離職者の年代別割合を見てみると、男性・女性ともに55～59歳の割合が最も高くなっている。この年代は管理職についていたり、重要な役職・仕事を任せられていたりすることが予想される。家族の介護や看護のために重要な戦力を失うことは、企業や団体にとっても望ましくない。よって、離職という選択をしなくても働き続けることができるようなサポートや制度が必要となってくる。

介護をしている雇用者（約234万人）について、介護休業等制度利用の有無、制度の種類別にみると、「介護休業等制度の利用あり」の者は約38万人で、このうち「介護休業」の利用者は約8万人、「短時間勤務」は約5万人、「介護休暇」は約6万人などとなっている¹⁶。

次に、雇用形態別の割合をみると、「介護休業等制度の利用あり」の者は、「正規の職員・従業員」で16.8%である一方、「非正規の職員・従業員」は14.6%となっている¹⁷。このように、正規労働者であっても介護休業制度などを利用している人が20%未満にとどまっていることから、介護に関する情報提供をより一層推進し、周知拡大をしなくてはならないと考える。

2015年9月に安倍首相が提唱した「新三本の矢」の中で、安心につながる社会保障における目標として、介護離職ゼロを掲げている。新三本の矢とは、2020年に向けて安倍首相がアベノミクスの第2ステージとして示した戦略のことであり、具体的には①希望を生み出す強い経済（2020年のGDPを600兆円に）、②夢を紡ぐ子育て支援（希望出生率1.8を目指す）、③安心につながる社会保障（介護離職ゼロ）を掲げている¹⁸。政府は、2020年初頭までに離職した介護職員の再就職支援などの促進や介護福祉士を目指す学生に対する支援を行い、介護の受け皿を50万人以上に拡大して整備するとしている¹⁹。

表1 個人的理由で離職した人のうち「介護・看護」を理由とする人の割合

年代	男女計			男性			女性		
	個人的理由計 (千人)	うち介護・看護		個人的理由計 (千人)	うち介護・看護		個人的理由計 (千人)	うち介護・看護	
		(千人)	(%)		(千人)	(%)		(千人)	(%)
全体	5,466.90	92.9	1.70	2,484.00	35.8	1.44	2,982.90	57.1	1.91
19歳以下	480.1	0.3	0.06	195.2	0.3	0.15	284.9	0	0.00
20～24歳	910.1	10.4	1.14	435.3	9.5	2.18	474.8	0.9	0.19
25～29歳	842.3	4.1	0.49	360.2	2.2	0.61	482.1	2	0.41
30～34歳	576.8	2.7	0.47	235.6	1.2	0.51	341.3	1.5	0.44
35～39歳	616.1	5.8	0.94	327.2	1.1	0.34	288.9	4.7	1.63
40～44歳	578.1	10.4	1.80	256	2.8	1.09	322.1	7.6	2.36
45～49歳	407.8	9.5	2.33	164.4	3.4	2.07	243.4	6.1	2.51
50～54歳	308.2	10.1	3.28	125.9	1.5	1.19	182.2	8.6	4.72
55～59歳	275.3	20.7	7.52	128.4	7.4	5.76	146.9	13.3	9.05
60～64歳	235.9	10.6	4.49	127.1	2.9	2.28	108.8	7.7	7.08
65歳以上	236.2	8.2	3.47	128.6	3.5	2.72	107.6	4.7	4.37

（出所）厚生労働省（2017）「雇用動向調査」より作成。

¹⁶ 総務省統計局「就業構造基本調査 結果の概要」。

¹⁷ 総務省統計局「就業構造基本調査 結果の概要」。

¹⁸ 内閣府「新・三本の矢」。

¹⁹ 資格試験研究会（2019）p. 101.

高齢者同士の介護となる老老介護

老老介護とは、高齢者が高齢者を介護することである。2010年の厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、要介護者などと同居している場合の主な介護者の年齢構成が、男性では64.9%、女性では61.0%が60歳以上となっており、大きな割合を占めていることが分かる²⁰。老老介護が問題になった原因として、核家族化が考えられる。核家族化が進んだ要因として、就業構造の変化が挙げられるのではないかと考える。戦前は農業を中心とする第1次産業従事者が多かったが、戦後の高度経済成長を経て、第2次・第3次産業従事者が増加した。農業では、土地に縛られているため自由な引っ越しが少なかったが、土地に縛られなくなったため引っ越しが多くなっていったと考えられる。1980年頃までは3世代が一緒に暮らす3世代家族も見受けられたが、それ以降は親と子どもが別々に暮らす核家族の方が主となっている。離れて暮らしていたらなおさら、子どもに頼ることが難しくなるという状況がある。

老老介護の問題点として、介護する側も高齢者であることから、身体的負担が大きいということが挙げられる。身の回りの世話は食事介助や排泄介助など、介護度によっては付きっきりの介護が必要となる場合もある。夜間も注意しなければならないことから、睡眠不足になる可能性もある。介護を続けることで心理的ストレスが溜まり、虐待につながるかもしれないという問題がある。

2.2 フランスの事例

高齢化に直面している国は日本だけでなく、多くの先進国も同じように直面している。そこで、他の先進国は高齢化の対応をどのように行っているのか見ていきたい。

ここではフランスの事例を見ていく。フランスでは、2005年度より人口減少社会となっている日本とは対照的に、出生数の維持を背景に2014年まで人口増加が続いた²¹。これらの出生数の維持は、多様な家族給付や、仕事と育児の両立を支援するための給付などのフランスの少子化対策の成果であると考えられる²²。

このようなフランスでも平均寿命の伸びとともに、高齢化率は上昇している。フランスでは重度要介護期に相当する80歳代以上になっても、その86～88%は自宅での在宅生活を継続している。

フランスにおける家事援助・在宅援助サービスの広がり

フランスにおける高齢者在宅福祉政策は高齢者在宅維持政策として1960年代初めから始まった。まず、県社会扶助の家事援助サービスが1970～1980年に優先プログラムに位置付けられた。これは救貧対策の一環として、貧困な高齢者のための集合施設に対抗する代案としてのサービ

²⁰ 島崎（2013）p. 131.

²¹ 新井（2015）p. 203.

²² 太田（2019）p. 121.

スとなっている。他方、県社会扶助の所得条件を超える所得のある高齢者は、従来から存在する社会保障機関による在宅援助サービスを受給できた。以上の家事援助・在宅援助サービスは租税または社会保険料を財源とする一方で、受給者の所得に応じた応能的な利用料支払いも導入された。よって 80 年代末にはほとんどの地域で家事援助・在宅援助サービスが利用できるようになった²³。

基本的にこれらのサービスは、国の認証を得た民間非営利組織（アソシアシオン）や準公的組織の市町村社会福祉センター（CCAS）がサービス提供事業者として、県ないし社会保障機関のサービス提供事業の委託を受けて提供した。この時期に特に増加したのが「提供アソシアシオン」と呼ばれる民間非営利組織である。そこで雇用される家事援助者または在宅援助者は、伝統的な家庭内雇用の家政婦よりも職業的な安定を得ることができた。さらに、提供事業者によるサービスは価格、サービスの質、信頼性、アクセス性など、総合的に見て信頼に足るサービスという社会的評価を得ていた。

一方、在宅介護サービス（SSIAD）は 80 年代になって本格的に普及していった。在宅介護サービスは 60 歳以上の在宅療養者に対して医師の処方に基づいて実施される医療保険の現物サービスであり、要介護高齢者に限定されない。しかし、受給者の大部分は身体介護や看護的処置を必要とする要介護高齢者である。SSIAD では、独立開業の自由看護師が主任看護師として事業の運営責任者となり、看護処置は看護師が担う一方、身辺介護は主に医療系介護士が担当する形態が多い、在宅看護サービスの費用は医療保険がカバーするが、2015 年時点では各年度の社会保障予算法により、年間の総予算枠と総定員数が決定されている²⁴。

1980 年代後半以降の在宅福祉政策は、長期大量失業が深刻になった時期に重なったため、雇用創出にかかる積極的労働政策の一環に組み込まれた。1980 年代末から 1990 年代には、雇用政策に高齢者在宅福祉政策を取り組む形で、高齢者在宅サービスの供給体制が再編されていった。そこに出現したのが、公的資金調達限界に直面する中で、利用者本人の持つ資金や民間資源を可能な限り動員し、それをサービス供給体制に組み込もうとする流れであった。そこでは、需要の支払い能力の向上となる購買力の強化のための直接的な利用補助措置が、サービスに対する潜在的ニーズを現実のニーズにし、市場での有効需要に結び付けるための呼び水として求められた²⁵。

こうした高齢者在宅福祉サービスの供給体制の再編の一方で、在宅援助・対人サービス利用者の支払い能力を補助する公的介護手当が構想されるようになった。

最初のサービス利用補助制度は 1997 年に創設された依存特別給付（PDS）である。しかし、厳しい受給要件のため、利用者は限定的にしか広がらなかった。よって代わりに創設されたのが、2002 年から実施された個別自立手当（APA）である。地方自治体としての県が法定社会扶助の枠

²³ 新井（2015）pp. 204-205.

²⁴ 新井（2015）pp. 205-206.

²⁵ 新井（2015）pp. 206-208.

内で運営するこの公的介護手当は、フランスの公的介護保障の要となっている。フランスは GIR 1～6 の6段階に要介護度が分けられており、APA の受給要件の一つは GIR 1 (最重度) から GIR 4 (中程度) に認定されることである。GIR 5、6 などの軽度・自立に相当するものは対象としていない。2012 年末の APA 受給者は 119 万人であり、県法定社会扶助の給付・援助を受ける要介護高齢者 138.5 万人のうち 85% が APA を受給している。そのうち在宅 APA は 59%、施設 APA は 41% となっている²⁶。

フランスの在宅介護を支える在宅 APA

在宅 APA の場合、要介護認定により APA 受給資格を得た高齢者は要介護ごとに決められた限度額の範囲内でケアプランを作成し、具体的なサービスを受ける。ケアプラン額に対する自己負担の割合は高齢者の所得に応じて変動する。在宅 APA は、有償家庭委託制度により認証を受けた第三者の家庭、25 人未満の小規模施設、サービス付き高齢者住宅など、条件を満たす場合は自宅以外でも受給できる。

対象となるサービスは、第三者による昼間または夜間の在宅援助・在宅見送り、短期宿泊、配食、緊急電話、住宅改修、リネン洗濯、移動、小修繕などのサービスである。車いすや特殊ベッドなどの福祉機器も対象となる。これらのサービスの利用方法として、サービス提供事業者の被用者をホームヘルパーとして使う方式や、高齢者自らが個人雇用主となりホームヘルパーと相対で契約を結ぶ直接雇用の方式がある。前者の方が質は高いがその分単価が高くなるため、後者の方式が拡大している²⁷。

要介護度別に異なる施設 APA

介護施設の費用は基本的に宿泊費用、療養費用、介護費用の3体系で構成されている。療養費用は医療保険により、介護費用の一部は施設 APA でカバーされる。各施設の介護費用は重度(GIR 1、2)、中度(GIR 3、4)、軽度(GIR 5、6)の3段階に分かれ、重度と中度の入居者の介護費用は APA で補填され、収入に応じた自己負担の支払いが必要となる。軽度の入居者は APA 受給の権利がなく、当該施設の軽度者用の介護費用を支払う²⁸。

2.3 課題への考えられうる対策

介護における問題を提示したが、これらの問題に対して、介護休業制度と介護保険制度の適切な利用が考えられる。

まず、介護休業とは、要介護状態にある対象家族を介護するためにする休業と定義されている。期間としては、対象家族1人につき通算93日までとされる。取得できる回数は対象家族1人に

²⁶ 新井 (2015) pp. 208-210.

²⁷ 新井 (2015) pp. 210-211.

²⁸ 新井 (2015) p. 213.

つき、3回という制限が設けられている。介護休暇は、要介護状態にある対象家族の介護・その他の世話をを行うために1年に5日（対象家族が2人以上の場合は10日）まで、休暇の取得が可能となっている。そして、1日または半日単位での取得が可能となっている²⁹。

介護休業の対象家族1人につき93日までという期間制限に対して、短いと感じるかもしれない。介護休業の期間に労働者自身が対象家族を介護するという想定はされておらず、正しくは要介護の認定や要介護者のこれからの生活について手続きを行う期間として設けられている。介護は育児のように終わるまでの期間が予想できないものである。要介護者を施設に預けるかどうか、ホームヘルパーなどをお願いし在宅介護をしていくかなど、ケアマネジャーと相談して行う手続きも様々あると考えられる。要介護者が自分の親である場合に、親と居住地が遠方であればさらに手続きなどに時間が必要となる。

そして、これらの手続きを経てからは家族だけで介護を行おうとするのではなく、介護保険制度の利用を取り入れていくことが重要となると考えられる。例として、週に何日かデイサービスに通い、その中で入浴を任せるといった介護の取り入れ方がある。入浴を自宅で行うのは、滑りやすいことやもしもの時に危険な面が多い。介助するとなっても、素人では力の入れ具合など難しいところがある。入浴、調理など生活の一部を外部の専門知識のある人に委託することで、介護を行う家族の負担軽減にもつながると考えられる。

このように、介護休業制度と介護保険制度を少しでも利用することで、介護離職によって貴重な人材を失うことを防ぐことができる。老老介護であると本人も気付かずに体力的に無理をしまい、介助中に転倒することで両者ともが怪我を負ったり、入院につながるかもしれない。一人で介護を担うのではなくホームヘルパーやケアマネジャーに少しでも頼ることが、解決につながると考えられる。

第3節 介護の根幹を担う介護保険制度

介護保険制度は①高齢者の「社会的入院³⁰」を是正し、高齢化に伴う医療費の増大を抑制すること、②家族介護者の負担を軽減すること、③女性の社会進出などに対応し「介護の社会化」を促進すること、などを目指してドイツなどの先進国の事例を参考に2000年から導入された³¹。ドイツの介護保険法は1994年に成立し、日本の介護保険制度の基礎として大きく影響を及ぼした。介護給付の請求に対しては予防とリハビリの措置が優先されたり、在宅介護が優先されていたりという特徴がある³²。

²⁹ 厚生労働省「育児・介護休業ガイドブック」pp. 4-6.

³⁰ 社会的入院：中高所得者にとって応能負担で料金が課される老人福祉施設よりも、老人医療のほうで自己負担が低いことから、入院治療の必要性がなくなった後にも高齢者を長期に入院させつづけることである。加藤（2017）p. 128.

³¹ 坂本（2009）p. 114.

³² 足立（1995）p. 204.

3.1 介護保険制度を利用するうえで

要介護・要支援認定の流れ

介護保険を受けるためには、まず自己申請が必要である。65歳以上の人には介護保険証が送付されているため、それに申請書を添えて住所地の市町村または地域包括支援センターに申請する。40～65歳の人は申請書のみを提出する。申請書には主治医の記載がみつようであり、申請から30日以内で要介護認定が行われ、要介護度と給付限度額、有効期間が記載された介護保険証が送付されてくる。認定は市町村の認定調査員が自宅か入院先に訪れ、調査・聞き取りを行う。この訪問調査は事前に時間の調整連絡があるため、家族が同席することが可能となっており、正確な認定が行われるように配慮されている。そして、主治医の意見書も認定に大きく影響する³³。

介護保険の利用負担と給付限度額

基本的にサービス利用者の負担は1割である。ただし、利用者負担が月に一定の割合を超えた場合は、超えた分が高額介護サービス費、高額介護予防サービス費として介護保険から償還される。ケアプラン作成などの居宅介護支援、介護予防支援には利用者負担はない。施設サービスの場合は、食費と部屋代も利用者負担となる。金額については施設が決めるが、負担が重くなりすぎないように、低所得者の所得に応じた負担限度額を定め、限度額と実際の消費や部屋代との差額を補足給付として介護保険から支払う³⁴。

40歳以上の人がかかる保険料50%と税金50%で運用されており、要介護・要支援の認定を受けると被保険者となる。要介護の認定を受けると、表2のように介護度に応じて毎月の給付限度額が決定される。要支援1、2は介護状態改善のためのサービス利用として給付とされ、要介護1～5は介護保険で受けられる介護サービスには、ホームヘルプなどの訪問サービス、デイサービスなどの通所サービス、ショートステイといった短期入所サービスが含まれる居宅サービスがある。その他、特別養護老人ホームなどの施設サービスや、グループホームなどの地域密着型サービスが受けられる。要支援1、2と要介護の大きな違いは、要支援は予防給付であることである。予防給付の目的は介護予防であるため、サービスの利用は介護状態の改善や悪化防止を期間限定で実現することが目的となる。このように機能改善を目的としているため、訪問サービスよりも通所サービスを利用するよう勧められる³⁵。

³³ 服部 (2009) p. 78.

³⁴ 中野 (2014) pp. 181-182.

³⁵ 服部 (2009) p. 102.

表 2 要介護度ごとの毎月の給付限度額

毎月の給付限度額	
要支援 1	4万9700円
要支援 2	10万4000円
要介護 1	16万5800円
要介護 2	19万4800円
要介護 3	26万7500円
要介護 4	30万6000円
要介護 5	35万8300円

(出所) 服部 (2009) より作成。

介護保険制度によって受けられる様々なサービス

介護保険のサービスは、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、ケアマネジメントの4つに大きく分けられる。居宅サービスとは、ホームヘルパーやデイサービスなどである。施設サービスは特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設である。地域密着型サービスは、2006年4月から新たにできたサービスタイプで、小規模多機能型施設や小規模の特別養護老人ホーム、小規模の有料老人ホーム・ケアハウスなどがある。地域密着型サービスは小規模で地域に密着したサービスであるため市町村が監督するのに対し、他のタイプの施設サービスは広域利用されるため、都道府県が指導監督を行う。

施設サービスは要支援の人は利用できず、居宅サービスと地域密着型サービスにも、利用できないものや、できる場合が限られているものがある。これは、要支援の人が利用できるのは介護予防に必要なサービスと定義されているからである。ケアマネジメントは、要介護者向けの居宅介護支援と要支援者向けの介護予防支援がある³⁶。

居宅サービスの1つである訪問介護サービスは、訪問介護員（ヘルパー）が自宅を訪問し、入浴・排泄・食事などの介護、調理・洗濯・掃除などの日常生活の世話を提供するサービスである。訪問介護の指定条件は共通運営基準のほかに、1事業所に2.5人の訪問介護員がいることや、ケアプランに基づく訪問介護計画の作成、同居家族へのサービス提供の禁止などがある。訪問介護は老人福祉法によって制度化されてから一貫して在宅介護を支えてきたサービスであり、介護保険と同時に大手企業やあらゆる産業が事業参入し、サービス量も拡大してきた。報酬は身体介護と生活援助に分化し、時間に応じた単価で支払われる³⁷。

訪問介護サービスのほかに、訪問看護サービスもある。医師の指示に基づき、在宅の療養者に対して看護サービスを提供するものである。具体的には、状態の観察や食事・排泄・清潔保持、注射や傷の手当てや処置などの療養上の世話、診療の補助、精神的支援、リハビリテーション、

³⁶ 中野 (2014) pp. 170-173.

³⁷ 服部 (2009) p. 148.

療養指導など多岐にわたる。訪問介護ステーションは、法人が都道府県に届け出ることで指定を受ける。条件には管理者が常勤の看護師であることや、1事業所に2.5人の訪問看護職がいることなどがある。2006年度から、居宅以外の特別養護老人ホームなどでの訪問看護サービス提供が認められるようになった³⁸。

3.2 介護保険制度の運営側

介護サービスの提供を担う都道府県や市町村

サービス提供の指定や許可を受けるためには、人員、設備・運営などがそれぞれの基準を満たしていなければならない。居宅サービス事業者の指定は都道府県が、地域密着型サービス事業者の指定は市町村が行うと分けられている。2017年度の改正によって、居宅サービスなどの指定への市町村の関与が強化された。改正前の制度では居宅サービス事業者の指定に市町村が関与する仕組みは、市町村協議制によるものになっていたのが、改正後には市町村が都道府県に対して意見をすることができるようになったり、都道府県が指定を行うにあたり条件を付すことができるようになった³⁹。これによって、保険者である市町村が居宅サービスなどの供給量を調整でき、介護保険事業計画との調整も図りやすくなると考えられる。指定や許可は6年ごとの更新制で、一度指定を受けていても違反で処分を受けたりすると、更新されない。人員配置やサービス内容については公表が義務付けられているため、その情報を参考にして要介護者・要支援者は事業者を選択することができる。提供されたサービスに不満がある場合は、苦情解決制度が利用できる。苦情解決制度とは、利用者や家族が苦情を都道府県の国民健康保険団体連合会に申し立て、その苦情に基づき連合会が必要な調査を行い、改善事項を示して申立人と市町村に連絡し解決する、という制度である。施設や事業者、ケアマネジャーの迅速な対応や、市町村から事業者への調査指導による対応などによって改善を目指していると考えられる⁴⁰。

介護サービスの値段である介護報酬は、国によって決められている。サービスごとに何単位と決まっており、地域によって物価や人件費が異なっていることから、1単位あたりの金額はやや異なる。施設の介護報酬は、要介護度別に月単位の定額で決まっている。通所サービスは1回あたりの定額、訪問介護は1回あたりの滞在時間に応じて決まっている。

事業者は、利用者負担を除いた額を市町村に請求し、支払いを受ける。しかし、利用者にはいろいろな市町村の人がいたり、各市町村の住民もいろいろな事業者を利用したりしている。それを仕分けて請求したり、支払ったりするのは事業者も市町村も煩雑であるため、都道府県ごとにある国民健康保険団体連合会が間に入っている。いろいろな事業者からの請求を市町村ごとに整理して請求することで、事業者は国民健康保険団体連合会に請求し、市町村も国民健康保険団体連合会に対して支払う仕組みとなっている⁴¹。

³⁸ 服部（2009）p. 150.

³⁹ 鈴木（2017）p. 46.

⁴⁰ 中野（2014）pp. 174-175.

⁴¹ 中野（2014）p. 183.

介護保険制度を支える財源

65歳以上の人を支払う第1号被保険者の保険料は、所得段階別の定額保険料となっている。国などが年金から天引きして介護保険の保険者である市町村に支払うことが原則となっているが、年金が月額1万5000円未満の人は、天引きされずに市町村が直接保険料を徴収する。

40歳以上65歳未満の人が支払う第2号被保険者の保険料は、健康保険組合などが医療保険の保険料の中に介護保険料も含めて徴収する。よって、保険料の決め方も医療保険と同様になっている。サラリーマンなどが加入する健康保険では、給与やボーナスに一定の率をかけて計算し、半分は会社が負担する。自営業者などが加入する国民健康保険の場合は、半分は国庫負担で、残りを所得などに応じた応能割と家族の人数などに応じた応益割で計算する⁴²。

行政によるケアサービスは、介護保険以外はほとんどが公費である税金で行われている。自治体も財政は厳しいため、さまざまなサービスの中で高齢者のケアサービスにどれほどの公費を振り向けるかは、それぞれの市町村長と議会の判断になる。これに対して介護保険では、保証するサービスの内容とその費用を誰がどれだけ負担するかが決まっている。費用負担については、利用者が原則として1割を負担する。それ以外の分は、税金で50%、保険料で50%を負担する。保険料の中では65歳以上の人（第1号保険者）が21%、40歳以上65歳未満の人（第2号保険者）が29%と負担割合が決まっている。

公費の中では、国、都道府県、市町村による負担割合が、施設サービスに要する費用は20%、17.5%、12.5%、上記以外に要する費用は25%、12.5%、12.5%と決まっている。ただ、国の負担のうち5%分は市町村の状況に応じて交付するようになっており、75歳以上の後期高齢者が多い市町村や、65歳以上の人に低所得者が多い市町村であれば、国はより多く負担する。これは、そのような市町村の保険料を高くなりすぎないように、国の負担割合を増減させて調節するためである⁴³。

3.3 要介護・要支援認定者以外の高齢者へのサービス

要介護・要支援に認定されなかった高齢者が利用できるサービスも用意されている。それは介護保険の地域支援事業という介護予防サービスである。介護予防とは、高齢者などが要介護状態となることの予防、または要介護状態などの軽減・悪化の防止を目的とする取り組みである。日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、QOLの向上を目指している⁴⁴。介護予防ケアマネジメント、総合相談、虐待防止などの包括的支援も行われる。その他にも、従来から市町村老人保健法に基づき行っている、保健センターなどでの健康相談などの事業もある。低所得の高齢者には、老人福祉法に基づき必要性について市町村が判断し、養護老人ホームに入所できるような措置を行うことができる。その場合でも介

⁴² 中野（2014）pp. 179-181.

⁴³ 中野（2014）pp. 177-179.

⁴⁴ 鈴木（2018）p. 36.

介護サービスについては、介護保険からのサービスを利用することとなっている。さらに、介護保険に基づかない、社会福祉協議会をはじめとする民間事業者や住民による支援もある⁴⁵。地域には高齢者に対する様々な支援が用意されていることが分かった。

介護予防の取り組みについて、2017年の法改正において、より効果的に事業を推進するため、新たな評価指標の導入を検討している。2018年現在も一定の指標を用いて評価を行い、事業の改善に活用されているが、それに加えて、介護予防・自立支援に特化し、その現状を反映するような指標を検討するとしている。プロセス指標だけでなく、アウトカム指標を組み合わせながらの実施を試みている⁴⁶。

3.4 国の制度を地域にあった制度へ

介護保険制度はこのように整えられているにもかかわらず、第2節で挙げたような問題が存在している。これは制度の情報が周知されていないことや、これらの情報を得ることに手間がかかってしまうなどの要因があるからであると考えられる。その他にも、介護について困ったときに気軽に相談ができるところが思いつきにくい、という理由もあると考えられる。

国の介護保険制度を市民とコミュニケーションを取りながら、それぞれの地域にあったサービスに変えることができるのは地方自治体である。そこで、市民との距離が近い県や市町村が主体となって運営する、「地域包括ケア」を充実させていくことが必要となると思われる。第4節においては、地域包括ケアについて考察していく。

第4節 これからの介護に対する支援

4.1 地域包括ケア

地域包括ケアとは、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにすることを目指すもので、地方自治体の「地域包括支援センター」が中心となって運営を行っている⁴⁷。地域包括支援センターが行う主な業務はケアマネジメントや総合相談、介護予防支援といったものである。大都市と地方では規模格差を考えると、それぞれに対する医療・介護体制のあり方が一律であるはずはなく⁴⁸、地域に応じた対策を考えられる点から地域包括ケアは有効的であると考えられる。しかし、地方自治体を中心となっていくことから、財源の確保が難しいことが予想される。

地域包括ケアセンターの業務は7つあり、中心は社会福祉士による総合相談、虐待相談、権利擁護、保健師による予防プラン作成、主任ケアマネジャーによる困難事例の解決やケアマネジャ

⁴⁵ 中野（2014）pp. 175-177.

⁴⁶ 鈴木（2018）p. 36.

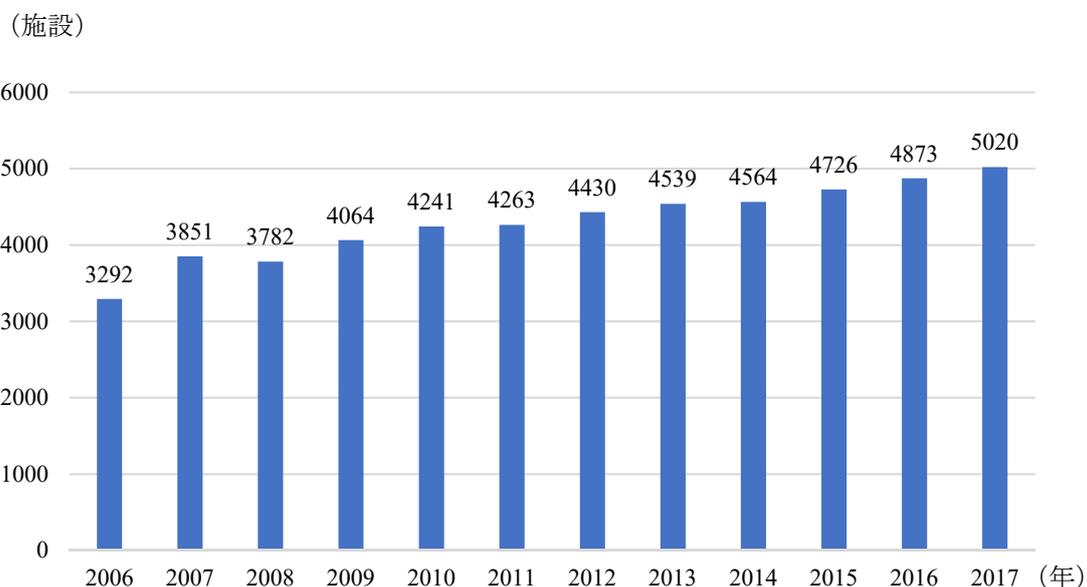
⁴⁷ 原田（2015）p. 52.

⁴⁸ 西村（2013）p. 31.

一支援、地域の包括的サービスの掘り起こしである⁴⁹。しかし、実際は業務の6～7割が予防プランの作成に費やされてしまっている。地域包括支援センターは市町村が設立するが、実際の運用の7割は委託されている。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3職種が、それぞれの専門性を活かして地域支援をする体制設備が必要となっている。介護保険給付費を抑えるためには、まだ要介護状態になっていない高齢者への支援が大切となってくる⁵⁰。

地域包括支援センターの現状は、設置数の不足に伴う担当地域が広域であるために業務の負担が大きい、職員配置数が少ないために総合相談・支援事業などの業務が手薄になるという問題が存在する。図4を見てみると、設置数は年々増加しているが、「高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにすることを目指す」ためには、設置数をさらに増やす必要があると思われる。図5に見られるように地域包括ケアの財源は、介護予防、介護給付の分野と地域支援事業によって違いがある。前者の2つは国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%、第1号保険料が22%、第2号保険料が28%の50%を占めている。後者は国が39%、都道府県が19.5%、市町村が19.5%、第1号保険料が22%という財源構成になっている⁵¹。

図4 地域包括支援センターの設置数



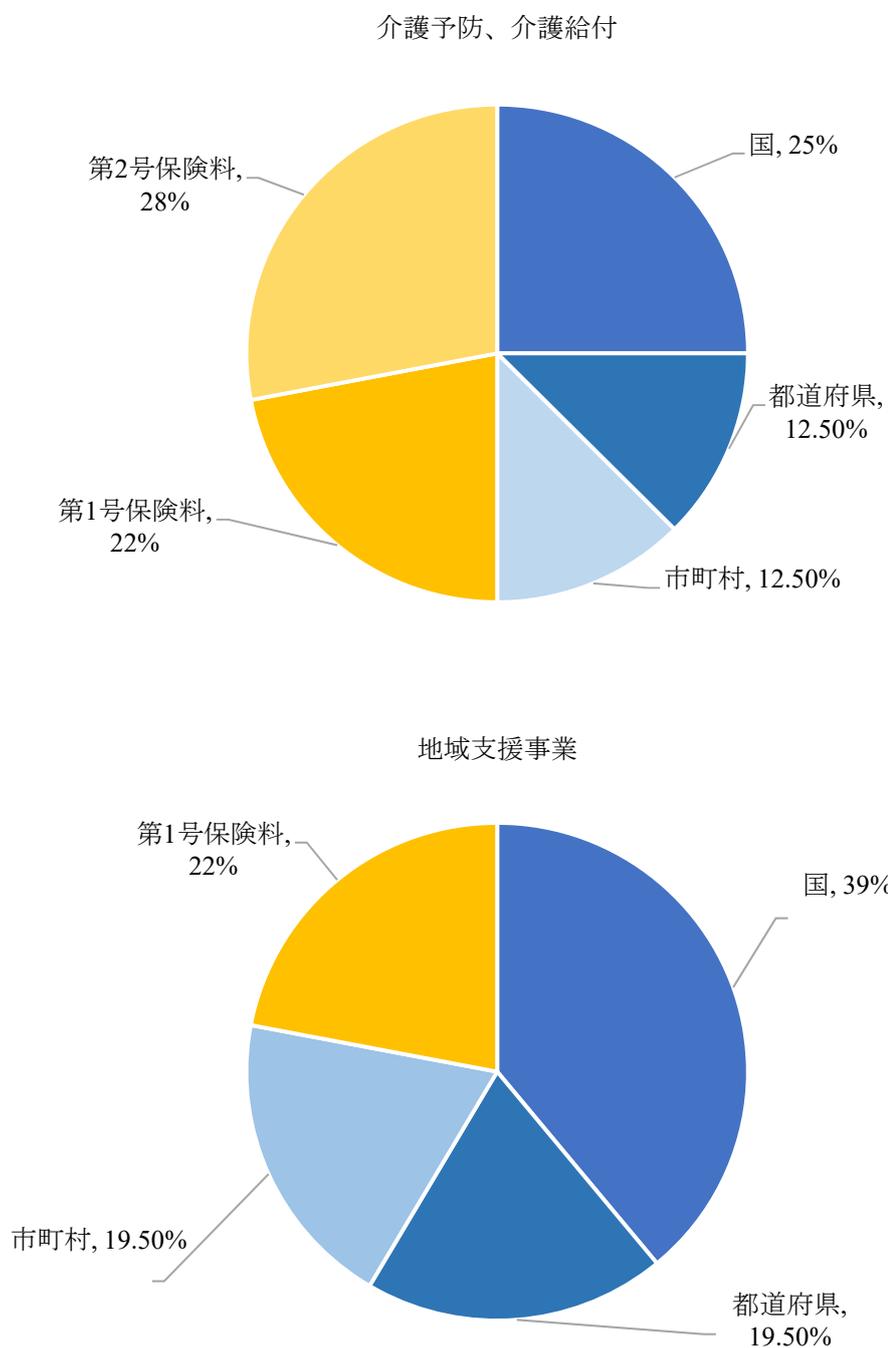
(出所) 厚生労働省 (2018) より作成。

⁴⁹ 服部 (2009) p. 40.

⁵⁰ 服部 (2009) p. 182-183.

⁵¹ 首相官邸 (2017) ホームページ.

図5 地域包括ケア事業の財源構成



(出所) 首相官邸 (2017) より作成。

4.2 地域包括ケアの先行事例

地域包括ケアの先行事例として、千葉県柏市豊四季台地域の事例を紹介する。千葉県柏市は東京のベッドタウンとして高度経済成長期に急激に人口が増加し、人口 40 万人を超える中核市である。つくばエクスプレスの開業と合わせ、東京大学や千葉大学を中心とした先進的な学術の街としても注目が集まっている。柏市の 2011 年時点での高齢化率は約 20%であり、全国の高齢化率よりも 3.3%低かった。しかし、柏市の豊四季台地域は 2011 年時点で高齢化率が 40%を上回っていた。これは 1964 年に、当時の日本住宅公団が、約 4700 戸規模で団地を建設したため、移り住んだ人々が一斉に定年を迎え、高齢者となっているからである。

豊四季台団地の 2010 年における高齢化率は 40.6%、後期高齢者の割合は 18%に達しており、どちらも柏市全体の 2 倍以上の水準となっていた。その一方で、要介護・要支援認定率は、柏市全体の数値が 12%であるのに対し、豊四季台団地では 10%と下回っており、これは、この団地が高齢期を過ごすのに適していないことを表しているように受け取れる。たとえば、エレベーターなどの設備が整っていない古い住宅棟は、上位階の居住者が一度足腰など体の具合を悪くすると外出が難しくなり、結果として団地外への転出を余儀なくされていることなどが考えられる。

このような背景のもと、UR 都市機構による豊四季台団地の建替え事業を契機とし、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR 都市機構の 3 者は、長寿社会に対応したまちづくりに産学官一体で取り組むべく、2009 年 6 月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足し、2010 年 5 月には協定を締結した。研究会での議論を重ね、「いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち」「いつまでも元気で活躍できるまち」をまちづくりの方針に掲げ、地域包括ケアシステムの具現化を図るとした。具体的には、①在宅医療の推進、②サービス付き高齢者向け在宅と在宅医療を含めた 24 時間の在宅ケアシステムの組み合わせ、③高齢者の生きがい就労の促進、という 3 本の柱を掲げて取り組みを行うこととした⁵²。

まず、在宅医療の推進のための取り組みとして、2010 年度から柏市医師会をはじめとする多職種団体との協議を通して連携を深めた。2012 年度からは、市内の在宅医療・介護に関わる全関係者が一堂に会する「顔の見える関係会議」を設置し開催された。

2014 年 3 月には、多職種連携のあり方をルール化した「在宅医療・介護多職種連携柏モデルガイドブック」を作成し、さらに、地域医療の推進と多職種連携の中核拠点として「柏地域医療連携センター」が、柏市医師会、柏歯科医師会、柏市薬剤師会の共同で豊四季台団地の中心部に建設され、同年 4 月から柏市直営施設として、在宅医療に関する相談・啓発、在宅医療が必要な方への調整支援を開始した。このような柏市における様々な取り組みは、2015 年度の介護保険法の改正に反映され、全国の自治体でも在宅医療・介護連携推進事業を実施することとなった。

在宅医療推進の取り組みは、全国のモデルとなった事からも一定の成果をあげてきたと言えるが、その一方で、在宅医療に取り組む医師数の伸び悩みや、依然として小規模な訪問看護ステ

⁵² 松本 (2015) pp. 279-281.

ーションが多い現状、在宅医療に対する病院スタッフの理解不足など、新たな課題も見えてきた。これらの課題に対しての解決策を協議するため、2016年度に、柏市医師会、柏市訪問看護ステーション連絡会、東京大学、柏市で構成する「在宅医療第2フェーズワーキンググループ」を新たに設置し、2017年度には、在宅医師と訪問看護の連携強化や患者・家族の不安感を取り除く事等を目的とした「主治医・副主治医制における機能強化に関する研究」や、在宅と病院スタッフの連携強化を図るため「地域包括ケアシステム柏モデル研修会」を開催している。

今後も柏市は多職種連携の質の向上を目的とした研修会などを開催したり、在宅医療に関する市民認知度の向上を図るため、情報の発信を「在宅医療見える化プロジェクト」として位置づけ、戦略的に取り組むとしている⁵³。

次に、地域包括ケアシステムのモデル拠点の整備としては、高齢者が介護を要しても在宅での生活を可能にするため、豊四季台団地内に24時間対応の医療・看護・介護サービス事業所を併設した拠点型サービス付き高齢者向け住宅を誘致し、2014年5月から運営が開始されている。グループホームや訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの地域包括ケアシステムを支える全てのサービスを併設する住宅の整備は全国初の試みであり、地域包括ケアシステムの可視化と地域における在宅医療・看護・介護のサービス拠点となっている。今後は、日常生活圏域ごとに24時間対応の「在宅医療・介護サービス拠点」を整備し、これを通じて、中重度の要介護者が可能な限り在宅生活を継続できるための支援体制構築に取り組んでいくとしている⁵⁴。

4.3 新たな独自の取り組み

企業による働き方の多様化につながる「介護シェアリング」

株式会社リジョブが取り組む「介護シェアリング」を紹介する。株式会社リジョブとは、2009年に設立され求人メディア事業などを行っている。その中でも介護従事者の不足などの問題を解決するために立ち上げられた「リジョブ介護」という事業では、介護業界に特化した求人サイトを運営し、採用コストを抑えることで介護の現場の給与や待遇改善に還元する取り組みを行っている⁵⁵。

1つの業務を複数の人で行う、ジョブシェアリングを介護の仕事に当てはめたもので、働き方の多様化にもつながっている。介護シェアリングとは、従来の早番・日勤・遅番・夜勤といった「時間」で分けた働き方ではなく、送迎、入浴、食事の配膳・下膳、清掃、口腔ケアといった業務を細分化し、それを専門的に担うスタッフを雇用することで、今まで1人のスタッフが行っていた複雑な業務を、複数人でシンプルに行うという勤務形態である。単一の業務を複数のスタッフで実施することで、1人1人の業務時間が短縮されることや、業務がシンプルとなって分かり

⁵³ 柏市 (2018) pp. 1-2.

⁵⁴ 柏市 (2018) pp. 2-3.

⁵⁵ リジョブ (2019) 「会社概要」.

やすくなるというメリットがある。それによって介護業界に関心のなかった主婦層や学生などが働きやすくなり、介護の担い手が増え、人材不足の解消につながると考えられている。事業所側としても、従来は新しいスタッフが独り立ちするまでに約3か月かかっていたのが、業務がシンプルなため約1週間で業務ができるようになるというメリットがある⁵⁶。

行政が行う IT を利用した取り組み

愛媛県が2017年から配信を開始した、えひめ介護情報アプリ「愛顔ケアねっと」という日々の介護を支える情報を簡単に得ることのできるアプリが運営されている⁵⁷。もともとのPCサイトをアプリとして配信することで、情報を得る速やかさや手間を省くことにつながっていると考えられる。

介護中もしくは今後介護が必要となる家族、高齢者本人などを対象とし、「しる・さがす・つながる・やくだつ」という4つのキーワードから介護保険制度等の情報をわかりやすく提供し、速やかに的確な相談窓口案内するほか、家族等の介護不安の軽減や、仕事と介護の両立に向けた基礎知識を提供することを目的としている。

- ①しる：突然の介護で慌てないよう介護にはじめて向き合う人のために介護の基礎をギュとまとめた「はじめての介護」、「介護保険利用のための手続きと流れ」、「介護サービス」などを掲載。
- ②さがす：介護をされる方が悩んだり、困ったりしないよう、県内の「介護の相談窓口」、「介護事業所」を掲載。
- ③つながる：介護する人も、利用する人も、知りたい「イベント情報」、「あなたのまちからニュース」、介護でつながる「みんなの声」、困った時の「介護Q&A」などを掲載。
- ④やくだつ：「健康・暮らしの情報」、「健康チェック」、「毎日の介護予防」、「介護便利グッズ」、「暮らしを守る」などの情報を掲載。

これらの他にも、愛媛県オリジナルの「認知症チェック」や「からだにうれしい健康レシピ」など多くの内容を掲載している⁵⁸。

4.4 県や市町村が取り組む意義

介護が必要となった高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域包括ケアが重要となり、そのためには県や市町村の取り組みが必要不可欠であると考えられる。地域包括ケアの先行事例として千葉県柏市の例を挙げたが、高齢者が多く集まっている地域であるという特徴と、地域を狭く限定した取り組みを行うことで成功例となったのではないかと考えられる。さらに、高齢者に対する介護という前提ではなく、まちづくりの方針として取り組み、特に在宅医

⁵⁶ リジョブ（2019）「介護シェアリング」。

⁵⁷ えひめ介護情報サイト（2019）。

⁵⁸ 愛媛県庁（2017）。

療・介護に力を入れて取り組んだことも要因と考えられる。地域医療・介護について行政だけでなく、医師会や薬剤師会、大学などの合同で協議することで住民としても安心感が得られるように感じられる。

県や市町村が主体となって高齢者の介護に取り組むことで、介護サービスを受ける高齢者はもちろんのこと、その家族も安心できるという部分が大きなメリットであると考えられる。困ったときに地域包括支援センターが近くにあれば、直接聞きに行ったり、家まで来てもらうことが可能となる。市町村はそれぞれの地区ごとの介護需要にそって異なる取り組みを行い、県は情報発信や介護従事者の増加を促進する取り組みを行うことが重要であると考えられる。

おわりに

超高齢社会に向かっている日本では、介護に関する問題を避けては通れない。平均寿命は医療の進歩や生活水準の向上によって、将来的にも延びていくと考えられ、それに伴い要介護認定者なども増加すると予想される。

本稿では、まず需要面である要介護・要支援認定者と供給面である介護事業所の現状を知り、介護保険制度や地域包括ケアに注目し事例研究を行った。そして、介護離職などの労働にも影響を及ぼす問題についても分析と考察を行った。民間企業などの働き方に関する取り組みもあることが分かり、これからの介護において主要となる地域包括ケアが先行事例などをもとに拡大されていくことに期待ができると考えられる。

介護を充実させるためには介護従事者の増員、介護市場の拡大が必要不可欠となる。介護保険制度を持続させ介護を受ける側の援助、介護休業制度などの家族による介護を支援する仕組み、介護福祉士などの介護従事者の労働環境改善をバランスよく推進していくことで、介護離職、介護従事者・介護施設不足、などの問題を解消できるようになるのではないかと考えられる。そして、介護について社会が理解を示し、一人ひとりが興味を持つことが求められる。

参考文献

- ・足立正樹(1995)「現代ドイツの社会保障」株式会社法律文化社。
- ・新井康友・原田由美子編(2015)『超高齢社会における高齢者介護支援』関西学院大学出版会。
- ・大田一貴(2019)「少子化対策における財源調達と合意形成の必要性」、『香川大学 経済政策研究』第15号、香川大学経済学部経済政策研究室。
- ・北原保雄(2010)『明鏡国語辞典 第2版』大修館書店。
- ・木下武徳・吉田健三・加藤美穂子編(2017)『日本の社会保障システム 理念とデザイン』一般財団法人東京大学出版会。

- ・ 国立社会保障・人口問題研究所編（2013）『地域包括ケアシステムー「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会。
- ・ 坂本忠次（2009）『現代社会福祉行財政論ー社会保障をどうするかー』大学教育出版。
- ・ 資格試験研究会（2019）『公務員試験 速攻の時事』株式会社実務教育出版。
- ・ 鈴木俊一（2017）「地域包括ケアシステム強化のための介護保険制度 改正点の解説 平成29年改正法」社会保険研究所。
- ・ 直井道子・中野いく子・和気純子編（2014）「高齢者福祉の世界（補訂版）」株式会社有斐閣。
- ・ 服部万里子（2009）「図解でわかる介護保険の仕組み」株式会社日本実業出版社。
- ・ 愛媛県庁（2017）『えひめ介護情報アプリ及びPCサイト「愛顔ケアねっと」について』，
<https://www.pref.chime.jp/h20400/marugotosiennet/egaokeanet.html>
- ・ 愛媛県保健福祉部長寿介護課（2019）『愛媛の介護情報サイト「愛顔ケアねっと」』，
<https://egaocare.net/>
- ・ 公益財団法人介護労働安定センター（2017）『平成28年度「介護労働実態調査」の結果』，
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h28_chousa_kekka.pdf
- ・ 厚生労働省（2017）『育児・介護休業制度ガイドブック』，
https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/pdf/ikuji_h27_12.pdf
- ・ 厚生労働省（2018）『介護医療院の概要』，
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000337651.pdf>
- ・ 厚生労働省（2018）『「介護離職ゼロ」ポータルサイト』，
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112622.html>
- ・ 厚生労働省（2009）『要介護認定に係る制度の概要』，
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyou1.html>
- ・ 厚生労働省（2017）『平成28年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要』，
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/17/dl/28gaiyou.pdf>
- ・ 厚生労働省（2018）『平成28年度介護保険事業状況報告』，
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/14/dl/h26_point.pdf
- ・ 厚生労働省（2018）『平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況』，
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/index.html>
- ・ 首相官邸（2017）『地域支援事業の概要』，
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/seisaku_package/pdf/1-2.pdf
- ・ 政府統計の総合窓口 e-stat（2019）『雇用動向調査』，
<https://www.estat.go.jp/stasearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450073&tstat=000001012468&cycle=7&tclass1=000001012469&tclass2=000001012472>
- ・ 総務省統計局（2013）『平成24年就業構造基本調査 結果の概要』，
<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf>

- ・千葉県柏市（2018）『長寿社会のまちづくり～地域包括ケアシステムの構築に向けて～ 豊四季台地域高齢社会総合研究会の成果と今後の取り組みについて』，
http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/p011002_d/fil/seikatokomng.pdf
- ・内閣府（2019）『新・三本の矢』，
<https://www5.cao.go.jp/keizai1/abonomics/abonomics.html>
- ・内閣府（2017）『平成29年版高齢社会白書』，
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf
- ・リジョブ（2019）『会社概要』，
https://rejob.co.jp/company?utm_medium=rejob&utm_source=relax-job.com
- ・リジョブ（2019）『介護シェアリングとは』，
https://relax-job.com/contents_list/lp/kaigo_sharing
- ・Wikipedia（2015）『介護療養型医療施設』，
<https://ja.wikipedia.org/wiki/介護療養型医療施設>
- ・Wikipedia（2016）『介護老人福祉施設』，
<https://ja.wikipedia.org/wiki/介護老人福祉施設>
- ・Wikipedia（2013）『介護老人保健施設』，
<https://ja.wikipedia.org/wiki/介護老人保健施設>