

持続的な高齢者介護の実現に向けて

岩部 咲良

はじめに

厚生労働省の将来推計によると、2015年生産年齢人口の割合は61.8%、老年人口の割合が26.6%であったが、2065年には生産年齢の割合が51.4%、老年人口の割合が38.4%となると推計されており¹、介護を担うはずの世代の人口の、総人口に対する割合が減少する中、高齢者人口の割合は増加を続けていることがわかる。このような状況下において、高齢者介護では様々な課題が生じており、この問題は誰しもが自らや自分の家族という身近な場で直面しうる課題である。

本稿では、高齢者介護を取り巻く現状によって生まれる、介護難民や担い手不足など多くの課題を分析し、要介護者やその家族の多様化するニーズに答えるにはどうしたらよいのか、新たな技術やシステムなどをどのように活用すべきなのかを考察、研究していく。

高齢者介護において、地域との連携は不可欠であり、そのシステムをいかに充実、発展させるかが、持続可能な高齢者介護の可能性を生み出すのである。

第1節 高齢者介護を取り巻く現状

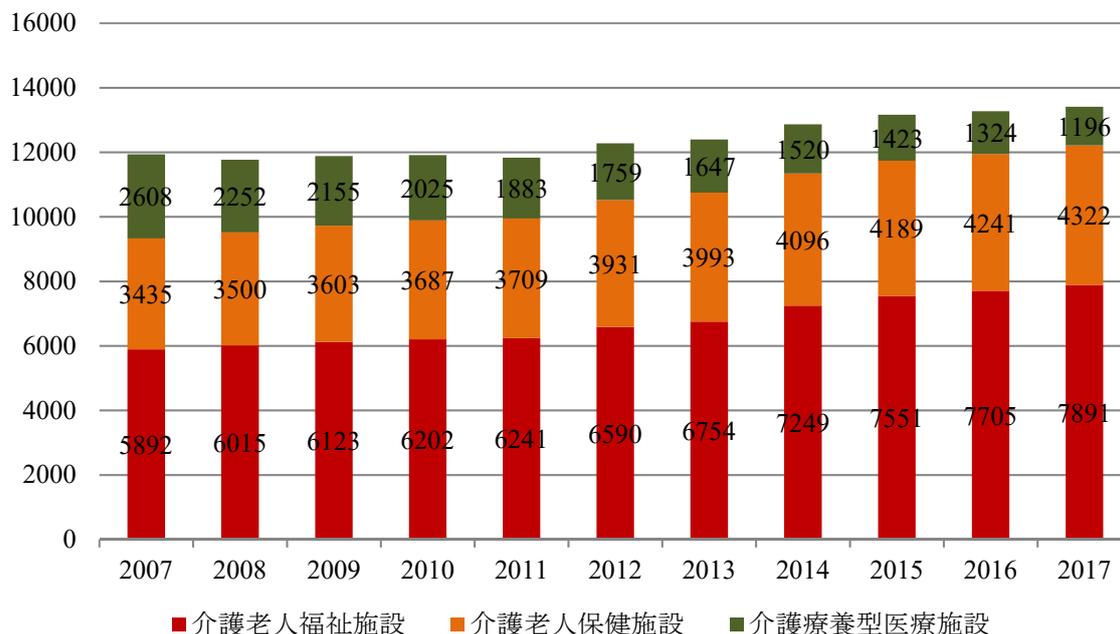
1.1 介護サービスの需給における大きなギャップ

高齢者介護を取り巻く状況は、急速な高齢化に伴い、大きく変化し続けている。

介護保険制度に基づき、要介護認定を受けた要介護者が利用できるサービスのことを介護給付という。まず、この介護給付のサービスを行う事業所数・施設数と、要介護者数との関係性についてみていく。

¹ 厚生労働省（2017a）p. 2.

図1 過去10年間の施設・事業所数の推移



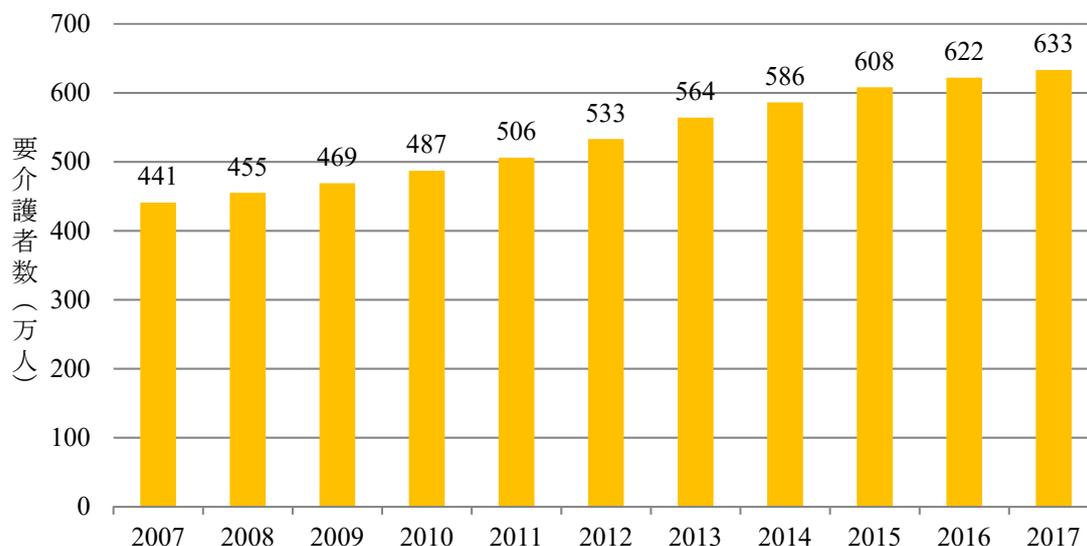
(出所) 厚生労働省 (2018a) より作成。

過去10年間の施設・事業所数の推移を見ると、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からなる介護保険施設の総数は、増加していることがわかる。3つの施設のうち介護療養型医療施設のみ減少を続けているが、これは介護医療院という新たな施設に転換が行われているためである。

介護療養型医療施設は、他の介護保険施設よりも医療必要度が高い者が入院しており、さらに要介護度や年齢の高い者が多いため、平均在院日数が長い患者や死亡退院の患者が多くいるという特徴を持っている。今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、従来の介護療養型医療施設から、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」と呼ばれる施設に転換することが決定している²。

² 厚生労働省『介護医療院の概要』。

図2 過去10年間の要介護者数の推移



(出所) 厚生労働省 (2017b) より作成。

過去10年間の推移をみていくと、介護保険施設は1万1935施設から1万3409施設と緩やかに増加してはいるが、要介護認定者は約441万人から約633万人へと大幅な増加が続いており、介護難民となる要介護者の増加が課題となっている。これにより、要介護者の家族が介護のために離職し経済的に困窮する状況に陥る場合や、老老介護・認認介護の問題を生じさせる場合がある点も課題となっている。

厚生労働省の雇用動向調査(2017)によると、介護や看護を理由として離職する割合は、離職者の2%と小さいが、2007年と比べて約10年間の間におよそ2倍にまで増加している。非正規労働者と比べて正規労働者の介護離職者のほうが多いという特徴があり、これは非正規よりも正規労働者のほうが、労働時間が長く拘束される時間が長いことや、自分の仕事を代わってくれる人がいないことによって、介護休業や介護休暇の制度、短時間勤務制度があっても制度を利用しにくい雰囲気により、離職という選択を余儀なくされている³。

さらに、介護職の人手不足も、大きな課題となっており、介護人材の確保が必要である。経済産業省によると、2016年時点で6割の事業所が人手不足を実感しており、2035年には介護職員の人材需要と人材供給のギャップが約79万人となるという推計⁴が発表されており、このギャップを埋める必要が迫られている。主な人手不足の要因としては、採用の難しさと離職率の高さが挙げられている。

³ 大和総研 (2019) p. 18.

⁴ 経済産業省 (2018) p.14.

1.2 介護保険制度の概要

介護保険制度とは、65歳以上の高齢者または40～64歳の特定疾病患者のうち介護が必要になった人を社会全体で支える仕組みで⁵、要介護者・要支援者が利用できるのが、介護給付・介護サービスである。これには、訪問系サービス、通所系サービス、短期滞在系サービス、居住系サービス、入所系サービスなどの様々な体系のサービスが含まれる。

被保険者が介護保険制度におけるサービスの利用を希望する場合、まず、市町村に要介護認定を申請する必要がある。申請を受けた市町村は認定調査を行い、介護認定審査会の審査判定を経て、認定通知を出し、認定通知を受け取った被保険者は、ケアプランを作成してサービス提供者に利用の申し込みを行い、契約を交わしたうえで、サービス提供を受けることになる⁶。

ケアプランは、一人ひとりの利用者がどのような介護サービスを受ければ、質の高いその人なりの自立した生活が送れるようになるかを考えて、介護サービスを組み合わせた計画書のことである。要介護者の場合は、「ケアプラン」、要支援者の場合は、「介護予防ケアプラン」と呼ばれる。

要介護者のケアプランは、民間事業者である居宅介護支援事業所に所属するケアマネージャーが作成し、要支援者の介護予防ケアプランは、利用者が住む地域を担当する地域包括支援センターが作成をしている。

要介護認定は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定および二次判定の結果に基づいて、市町村が申請者について要介護認定を行うことである。

要介護度には、要支援 1、2 と要介護 1～5 の段階が存在している。一次判定では、市町村の認定調査員による心身の状況調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定が行われ、続く二次判定では、保険・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書などに基づき審査判定が行われている⁷。

介護保険サービスを利用した場合、利用者の自己負担額は原則としてサービス料の1割であるが、一定以上の所得がある場合、所得額に応じて、2割もしくは3割負担になるケースもある。介護度に応じた支給限度基準額を超えた分および、介護保険サービス以外の利用料については、全額自己負担になる⁸。介護度に応じた支給限度額は次の表1のとおりである。

⁵ LIFULL 介護『介護保険制度とは?』。

⁶ 荘村 (2019) p. 126.

⁷ 厚生労働省 (2015) p. 18.

⁸ マネードクターナビ (2020) 。

表1 要介護度別自己負担額

要介護度	支給限度額	自己負担額
要支援1	5万0030円	5003円
要支援2	10万4730円	1万0473円
要介護1	16万6920円	1万6692円
要介護2	19万6160円	1万9616円
要介護3	26万9310円	2万6931円
要介護4	30万8060円	3万0806円
要介護5	36万0650円	3万6065円

(出所) マネードクターナビ (2020) より作成。

介護保険制度の財源構成については、保険料50%、公費50%の割合で成り立っている。さらに詳しくみていくと、65歳以上が支払う第1号保険料が23%、40～64歳が支払う第2号保険料が27%、国庫負担金のうち調整交付金が5%、定率分が20%、都道府県負担金が12.5%、市町村負担金が12.5%の割合で構成されている。第2号被保険者の保険料については、各医療保険者から一括して「介護納付金」として社会保険診療報酬支払基金に納付するしくみとなっており、従来、この介護納付金については、加入する第2号被保険者の人数に応じて各医療保険者が負担していたが、2017年度8月分の介護納付金より、順次、報酬額に比例した負担形態である総報酬割に移行している。

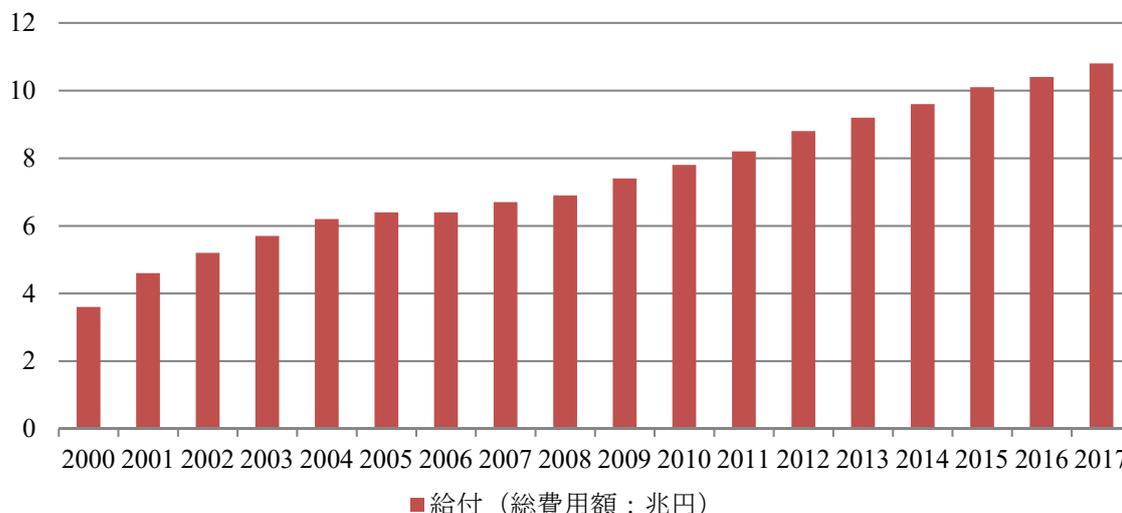
この総報酬割については、全面的に実施すると納付金額が大きく変動する保険者もあり、被保険者の保険料にも大きな影響を及ぼすため、その激変を緩和する目的から、総報酬割とする範囲は段階的に引き上げられる⁹。

次に、介護保険に加入した介護保険者が支払う保険料や介護保険の総費用額についてみていく。介護保険制度が導入された2000年から2017年まで18年間で、およそ3.6兆円から10.8兆円と要介護者の増加に伴い、大幅な増加が続いている。保険料の全国平均は、3年ごとに分けられた第一期から第六期までの間で、2911円から5514円と倍近い増加傾向となっており、2025年には8165円まで増加すると予想されている¹⁰。

⁹ 厚生労働省『介護保険制度をめぐる状況について』。

¹⁰ 社会保険研究所 (2017) p. 7.

図3 介護保険給付（総費用額：兆円）



（出所）社会保険研究所（2017）より作成。

1.3 介護保険制度の歴史

介護保険制度の創設以前は、老人福祉・老人医療政策が、要介護者の生活を支える役目を担っていた。1960年代の老人福祉政策の始まりによって、ホームヘルプサービスなどの訪問介護事業の創設や老人福祉法の制定が行われ、その後、老人医療費の無償化、1980年代には老人保健法の制定、2000年代には介護保険法が施行された。

介護保険制度創設以前の制度における問題点として、老人福祉・老人医療それぞれに次のような問題が挙げられる。

まず特別養護老人ホームやホームヘルプサービス、デイサービス等を対象とした老人福祉では、利用者がサービスの選択をすることができない点、応能負担によって生じる中高所得者への重い負担、所得調査による利用するに当たっての心理的抵抗感、さらには、競争原理が働かずサービス内容が画一的になってしまう可能性などがある。

続いて老人保健施設、療養型病床群や訪問看護、デイケア等が対象となる老人医療では、介護を理由とする一般病院への長期入院が発生したこと、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高いため、医療費増加につながった点や、さらには治療が目的とされる病院では、スタッフや生活環境などの面で、介護を必要とする患者が長期的に療養する場としての体勢が不十分であることが問題視されていた。

これらの問題点が生まれたことで、従来の老人福祉・老人医療制度による対応では限界があるとされ、介護保険制度導入が実施されることとなった¹¹。

¹¹ 厚生労働省（2016）p. 5.

介護保険制度施行から改正の流れ

【2000年施行】

介護保険法が2000年に導入が開始された。当時の背景として高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化など、介護ニーズが従来に比べ、ますます増大し続ける一方、核家族化の進行や要介護者家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化から、従来の老人福祉・老人医療制度による対応に限界が訪れていた。

それらを踏まえ、「自立支援」・「利用者本位」・「社会保障方式」の3つを基本的な考え方とした、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みである介護保険が創設された。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を超えて、高齢者の自立を支援し、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であり、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用した制度として導入された¹²。

その後の2005年改正を皮切りに、要介護者のニーズや、介護を供給する介護従事者の変化する環境などに合わせ、2020年改正までに約3年ごとに6回の見直しがされてきた。以後はその改正の経緯について簡単にみていく。

【2005年改正】

2005年改正では、「明るく活力ある超高齢社会の構築」、「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」の3つの基本的な視点が持たれ、施行された。

当時の課題として挙げられた点として、軽度の要介護者の大幅な増加によって、軽度の要介護者に対するサービスが状態改善につながっていなかったことや、在宅でのサービスと施設でのサービスとの利用者負担の公平性、独居高齢者や認知症高齢者の増加、さらには利用者によるサービスの選択を通じた質の向上の必要性、低所得者への配慮などがあった。

これらを踏まえ、まずシステムを予防重視型へと転換するため、新予防給付を創設する。要支援者への給付を介護予防給付とし、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターで実施され、地域支援事業の創設なども含め、要介護認定の非該当者や要支援者の重度化を防止するシステムの確立が目指された。

在宅・施設間での公平性については、施設給付の見直しがされ、食費や居住費を保険給付の対象外とし加えて所得の低い層への補足給付も配慮されることとなる。

さらに、新たなサービス体系の確立を目的として、地域密着型サービス、地域包括支援センターの創設や居住系サービスの充実などが実施された¹³。

【2008年改正】

2008年改正では、事業者の法令遵守が不十分であったことや、事業者の本部への検査権限がないこと、不正事業者による処分逃れ、さらには「一律」連座制の問題、事業廃止時のサービ

¹² 厚生労働省（2018b）pp. 9-11.

¹³ 厚生労働省（2005）.

ス確保対策が不十分であることなど、事業者の運営、管理などの部分が課題として挙げられた。

これらの課題に対して、まず業務管理の体制整備のため、新たに事業者単位の規制として法令遵守の義務の履行が確保されるよう、事業者の規模に応じて、業務管理体制の整備を義務付けるとした。

さらに本部への検査権限については、不正行為への組織的な関与が疑われる場合は、国、都道府県、市町村の事業者の本部への立ち入り検査権を創設し、業務管理体制に問題がある場合は、国、都道府県、市町村による事業者に対する是正報告・命令権を創設することとなった。

処分逃れは、事業所の廃止届を事後届出制から事前届出制とし、一律連座制では、連座制の仕組みは維持しつつ、不正行為への組織的な関与の有無を確認し、自治体が指定・更新の可否を判断することとされ、広域的な事業者の場合では、国、都道府県、市町村が十分な情報共有と緊密な連携の下に対応することで決定された。

事業廃止時のサービス確保対策では、廃止時のサービス確保に係る事業者の義務を明確化し、行政が必要に応じて事業者の実施する措置に対する支援を行うこととした¹⁴。

【2011年改正】

2011年改正では、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が進められるようになる。

医療と介護の連携強化を図るため、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定することや、単身・重度の要介護者等に対応できるように、24時間対応の定期巡回・臨時対応サービスや複合型サービスが創設された。

さらには介護人材の確保とサービスの質の向上を目的として、介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能としたほか、事業者に対する労働法規の遵守が徹底された。加えて認知症対策のため、市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込み、保険料の上昇緩和のため、各都道府県の財政安定化基金を取り崩され、介護保険料の軽減に活用された¹⁵。

【2014年改正】

2014年改正は、地域包括ケアシステムの構築に向けた、地域支援事業の充実のために、在宅医療・介護連携の推進や認知症対策・地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化がなされたのに加え、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化したり、訪問介護や通所介護といった全国一律の予防給付を市町村が取り組む地域支援事業に段階的に移行し、多様化を図ったりする見直しが行われた。これにより既存の介護事業所による既存のサービスに加え、NPO 民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供

¹⁴ 厚生労働省（2008）。

¹⁵ 厚生労働省（2012）p. 2.

が可能になり、より効果的かつ効率的な事業が実施可能となった。

さらに、2011年改正に引き続き、保険料軽減の拡充を進め、低所得者の保険料の軽減割合が拡大された。加えて、一定以上の所得のある利用者の自己負担額を引き上げ、低所得者の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などが追加され、さらなる重点化と効率化を目指す改正となった¹⁶。

【2017年改正】

2017年改正では、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止や、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする要介護者に必要なサービスが提供される制度が目指された。

まず、地域包括ケアシステムの深化と、推進を目的として、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設し、医療と介護の連携推進が図られ、さらには市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作りと、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定を努力義務とすることで、地域共生社会の実現に向けた取組の推進が図られた。

加えて、介護保険制度の持続可能性の確保を目的とした改正については、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とし、さらに介護納付金を、「加入者に応じた負担」ではなく、「報酬額に応じた負担」とする総報酬割が導入されることとなった¹⁷。

【2020年改正】

2020年改正では、地域共生社会の実現を目的とした改正が行われた。地域住民の複雑化・複合化した支援に対応する市町村の包括的な支援体制の構築支援がされ、加えて地域の特性に応じた認知症対策や介護サービス提供体制の整備等の推進のため、介護保険事業計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まいの設置状況が記載事項に追加された。

さらに、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化を目的に、介護保険事業計画の記載事項に、介護人材確保及び業務効率化の取組が追加され、介護福祉士養成施設卒業のための国家試験義務付けにかかる5年間の経過措置を、さらに5年間延長するものとした。この改正法は2021年4月1日に、施行が開始される¹⁸。

¹⁶ 厚生労働省（2014）pp. 1-3.

¹⁷ 社会保険研究所（2017）pp. 9-21.

¹⁸ 厚生労働省『令和2年（2020年）介護保険法改正』p. 1.

第2節 高齢者介護が抱える課題

2.1 要介護者増加による介護難民

介護難民とは、高齢化社会といわれている日本で起きている問題であり、介護が必要な高齢者や障がい者・障がい児ではあるものの家庭でも病院でも施設でも介護を受けることができない者のことである¹⁹。

前述のように、要介護者数は2007年からの10年間で増加傾向が続いている。介護医療院や看取り・ターミナル等、様々な介護ニーズに合わせたサービスが展開され、事業所数も増加しているものの、急速に増え続ける介護ニーズと介護サービスの供給との間に存在する大きなギャップにより、特に東京都などの都市圏での介護難民は増加の一途をたどっている。2025年には、1947年から1949年生まれの団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に達することから、今後も増加傾向が続くと考えられている。

厚生労働省の『第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について』によると、介護人材の需要を見ると、2020年度末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要となると予想されており、2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人と、年間約6万人程度の介護人材を確保する必要がある。

この大きな需給ギャップを改善するため、介護職員の処遇改善や、多様な人材確保・育成、離職防止・定着促進・生産性の向上に加え、介護職の魅力向上、外国人材の受け入れ環境整備なども視野に入れた総合的な介護人材確保対策に取り組むことが求められている²⁰。

2.2 介護人材の不足

介護保険法の施行以来、要介護認定者数は増加してきており、サービス量の増加に伴い介護職員数も大きく増加している。しかし、前述のとおり、介護人材の需要と供給の間に大きなギャップが存在しており、介護人材は十分に確保できていないのが現状である。

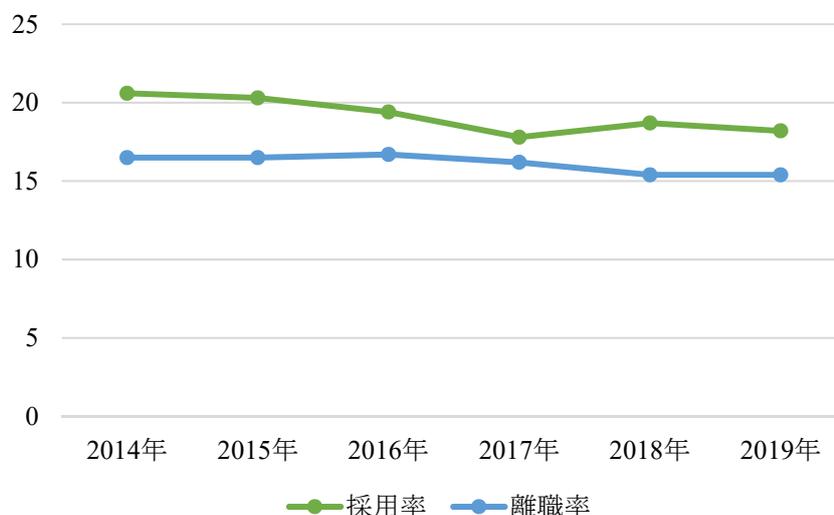
介護従事者の就業形態は、非正規職員に大きく依存しており、特に訪問介護員は約8割が非正規職員で担われている。男女別に見ると、訪問介護員・介護職員いずれについても女性の比率が高くなっており、男性は40歳未満が主流であるが、女性については40歳以上の割合が比較的高くなっている。介護労働者の年齢構成としては、介護職員については、30～49歳、訪問介護員においては60歳以上が約3割を占める形をとっている。介護職員の平均賃金の水準は、勤続年数等によって違いがあるため、単純な比較は困難であるが、産業計と比較すると低い傾向にある²¹。

¹⁹ Wikipedia (2019) 『介護難民』。

²⁰ 厚生労働省 (2018c)。

²¹ 厚生労働省 『介護労働の現状』 pp. 1-2。

図4 2職種計（訪問介護員・介護職員）の採用率と離職率の推移（％）



（出所）介護労働安定センター（2020）p. 2 より作成。

2019年度の訪問介護員・介護職員の1年間の採用率は18.2%、離職率は15.4%で、全体を通してみると、両者とも減少傾向にあり、特に採用率の減少がより顕著であることがわかる。さらに介護従事者に聞いた労働条件等の悩み、不安、不満等のアンケートでは、「人手が足りない」が55.7%、「仕事内容のわりに賃金が低い」が39.8%、「身体的負担が大きい」が29.5%、「有給休暇が取りにくい」が27.8%、「精神的にきつい」が25.8%という結果となり、現場における人手不足感がみてとれる。不足している理由としては主に2つで、採用が困難であることと、同業他社との人材獲得競争が激しい事が挙げられる。

介護従事者の従業員不足感（「大いに不足」＋「不足」＋「やや不足」）は全体で約65.3%と半数を超える値となっている。主な職種別にみると、訪問介護員の不足感はもっとも高く81.2%、次いで介護職員は69.7%と、依然不足感が高い状況であることがわかる²²。

2017年度の介護労働実態調査によると、離職者の勤続年数は、「1年未満の者」が38.8%、「1年以上3年未満の者」が26.4%で両者を合計すると離職者全体のうちの65.2%が、3年未満で離職している²³。

採用が難しくなった要因の一つとして、介護福祉士の資格取得方法が見直されたことが挙げられる。

従来では、介護福祉士養成施設を卒業すれば、国家試験を受けずに資格取得が可能であったが、見直しにより、2017年からすべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、資格取得方法の一元化が図られた。養成施設の卒業者は、当分の間、准介護福祉士の名称を用いることが可能となる。さらに、実務経験ルートでは、介護福祉士資格取得の

²² 介護労働安定センター（2020）p. 2.

²³ 介護労働安定センター（2018）p. 4.

要件に、3年以上の実務経験に加え、新たに6ヶ月以上の養成課程が必要となった。これは、要支援・要介護者の増加や社会・家庭環境の変化など、介護に求められるニーズも多様化・高度化した背景により、介護人材の質向上が求められたことが理由の一つとして挙げられる²⁴。

2.3 持続的に実現される高齢者介護

急速な高齢化や、2025年には団塊の世代が後期高齢者層に突入することから、今後も介護費用の拡大が予想されるなか、給付と負担のバランスを保ちつつ、保険料・公費・利用者負担それぞれを適切に組み合わせ、制度の持続可能性を図っていくことが重要となっている。

介護保険制度の持続可能性を高めるために、大きな課題が2つ挙げられる。1つ目は、財源の問題である。前述の介護給付総費用額の図から分かるように、介護保険給付にかかる費用は、拡大し続けている。これにより当然、保険料も拡大が続き、今後、第1号被保険者、第2号被保険者ともに、負担の増大が予想される。

もう一つの課題として、介護人材の不足である。こちらは前述のとおり、介護ニーズや環境変化により、介護の需給ギャップが増大し続けており、このギャップをいかに是正するかが問題である。大幅な人員確保に加え、サービスの質の向上という両者が求められる。

さらに、医療と介護の連携も課題となる。急速な高齢化に伴い変化した医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質(QOL)の維持・向上を図っていく必要性が高まっている。その一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療と介護の連携の必要性が従来までと比べより高まってきていることが分かる。加えて、人口構造が変化していく中で、医療保険制度と介護保険制度における給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していく必要がある²⁵。

第3節 課題解決のための対策方法

3.1 施設型サービスに偏らない給付

居宅サービス、地域密着型サービス

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で行われる施設サービスでは不足するサービス需要を補うために福祉用具貸与や訪問介護、通所介護などの居宅サービス、地域密着型サービスを活用することが重要になると考えられる。

居宅サービスとは自宅で生活する人を対象とした、訪問介護や訪問看護、通所介護短期入所生活介護、福祉用具貸与などの12の事業をいう²⁶。これにより、介護保険施設で補いきれない

²⁴ 厚生労働省 (2007) pp. 6-9.

²⁵ 厚生労働省『医療と介護の一体的な改革』.

²⁶ 荘村 (2019) pp. 196-199.

要介護者や比較的要介護度の低い要介護者が自宅で適切な介護サービスを受けることが可能となる。

地域密着型サービスは、これまで「在宅か施設か」と対立的にとらえられがちだった介護サービスを在宅と施設の中間に位置づけられるサービスとして身近なコミュニティのなかでサービスを利用でき、これまでの生活との継続性を保って暮らし続けられるように、創設されたサービス類型のことで、いわば自宅ではない地域の家での暮らしを保障するサービスである。

居宅介護支援

介護サービスを要介護者や要介護者家族がスムーズに利用できるために存在するのが居宅介護支援である。

居宅介護支援は、居宅要介護者が適切な介護サービスを利用できるよう、介護支援専門員が本人の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、本人とその家族の希望などを勘案し、利用するサービスの種類と内容、その担当者などを定めた居宅サービス計画を作成し、サービス事業者等との連絡調整、施設への紹介などを行うことをいう。

居宅介護支援を行う段階で、要介護者の要介護度だけでなく、要介護者家族やその周りの環境などにあったサービスが個人にあてがわれることで、本来施設でのサービスを利用すべき要介護者が介護難民となる状況を防ぐことにつながると考えられる。

3.2 介護予防

介護予防とは

介護予防とは、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらに軽減を目指すこと」と定義されている。

高齢者の運動機能・栄養状態などの個々の要素の改善だけを目指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能や参加の向上をもたらし、それにより一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、QOL 生活の質の向上を目指すものとされている²⁷。

その対象は、生活機能の低下がみられる者だけではなく、すべての 65 歳以上の人々である。その理由は、どのような状態にある者であっても、積極的に生活機能の維持と向上を図ることは要支援・要介護状態の予防及びその重度化の予防・軽減に効果をもたらし、より活動的な状態で長く生きることで生涯にわたる本人の自己実現の達成や QOL の向上、すなわち自立支援に通じると考えられるためである²⁸。

介護予防には三つの段階が存在する。

まず要介護状態になることの予防となる一次予防である。主として活動的な状態にある高齢

²⁷ 経済産業省（2018）p. 20.

²⁸ 荘村（2019）pp. 335-336.

者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うもので、高齢者の精神・身体・社会の各層における活動性を維持・向上させることが重要とされる。

次に、生活機能低下の早期発見や早期対応を行う二次予防である。これは要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見して、早期に対応することでより状態を完全にし、要支援状態となることを遅らせる取り組みをいう。

最後に、要介護状態の改善、重度化の予防を行う三次予防である。要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防する取り組みが行われている。具体的な活動としては、一般介護予防事業における認知症予防講座や、宅配・配食サービスによる栄養改善、リハビリ専門職の派遣や、医療・介護相談が可能なケア・カフェ、介護サービスにおける、口腔衛生・機能訓練や音楽療法、アニマルセラピーなどが挙げられる。そのほかにも民間サービスにおける運動スクールや見守りサービス、美容サービスなども介護予防に含まれる²⁹。

介護予防の事例：熊本県長洲町

介護予防の事例として、介護予防拠点活動の充実を図った熊本県長洲町の例をみていく。

この町は平成30年4月の時点で総人口が1万6038人でそのうち、65歳以上高齢者の人口が5426人（33.8%）、75歳以上高齢者の人口が2614人（16.3%）で、地域包括支援センターは委託で一か所設置されていた。

この例では、まずは町が主体となり責任を持って介護予防拠点づくりを進め、その後、その拠点を活用した住民主体の取組につなげていき、要介護認定を受けた人や一人暮らし高齢者等の名簿作成を住民と連携して実施する取り組みも行った。

それに加えて iPad を使用して指先を動かすことで脳のトレーニングを図る「脳の健康教室」や県産木を利用した木工作品作りを行って、手先を動かすことで認知症予防を図る「ものづくり教室」等の多様な事業を展開し、さらに研修を受けた住民が「元気あっぷリーダー」として登録され、介護予防拠点で行う「元気あっぷ体操教室」において活躍し、住民主体の介護予防活動を実現可能とした³⁰。

3.3 新たな技術を活用した介護

MAIA という AI

「MAIA」とは、ケアマネージャーが行うケアマネジメントをサポートする AI であり、介護支援専門員やケアマネージャーへのアシストが可能となるのではないかと考えられる。

MAIA はブラウザで操作するクラウドサービスであり、アカウントはケアマネージャー1人につき1つで専用のページにアクセスし、ログインすることで使用が可能となる。

まず、利用者の基本情報、生活に関する情報の入力を行い、次にその利用者が目指す生活、目

²⁹ 厚生労働省（2009）p. 2.

³⁰ 厚生労働省（2019）p. 71.

標を設定する。

これは、AI ではなく人間が主体的に関わるべき非常に繊細なプロセスの一つとして位置づけられている領域であり、ここに書き込む内容は、本人や家族と話し合いを重ねることで、要介護者や介護者家族の思いや希望、生活環境などを十分に理解した担当のケアマネージャーが、自らの専門性も発揮しつつ決定していく。さらに、要介護度認定調査の項目を含む、利用者の具体的な状態像の入力も行う。ここまでの入力を終わると、サービスの種類、加算内容、その組み合わせ、頻度などのケアプランの試案が作成される。ケアマネージャーはこれをベースとして、ほかの様々な要素を勘案して内容の修正を行う。

さらに、そのプランを採用すると 1 年後に利用者の状態はどのように変化するのか、という将来予測を示すレーダーチャートが作られる。ケアマネージャーがプランを改めた場合、レーダーチャートなどにすぐ反映される仕組みとなっていて、プランの修正、将来予測の変化をチェック、さらにそれを踏まえてまたプランを修正していくという過程のなかでケアプランをより練り上げることが可能となる³¹。

MAIA は自立支援の視点を最も重視しており、要介護者か介護者家族のニーズに合わせ、様々なケアプランを提案できるという点で、施設サービスのみに偏ることのないサービス供給の実現につながると考えられる。

介護ロボットの開発と利用

介護ロボットとは、情報を感知、判断し動作するという 3 つの素技術を有する、知能化した機械システムのことで、ロボット技術が応用され利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つ介護機器が介護ロボットと呼ばれている³²。重点的に開発支援する分野が特定されており、移乗支援、移動支援、排せつ支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援の 5 つに分けられる³³。

多くの介護ロボットが開発される中で、実際に実習などが行われている介護ロボットのうち、5 つの介護ロボットについてみていく。

介護ロボットの例

装着型で身体機能を改善するロボットスーツ、HAL は人間が関節を動かす際に発生する生体電位信号から装着者の動作意思を推定し、動作意思に応じたトルクを支援することで、装着者の筋肉の動きと一体的に関節を動作支援することが可能となっている。介護者の腰部負担の軽減が期待できることや、重量が約 2.9 kg であるために常時装着しておくことは困難ではあるが、必要時に簡単に装着可能であることなどのメリットを持つ。

次に、トランス・ローファーである。小さな介護リフトとして使用し、ベッドから車いす、

³¹ JOINT 介護のニュースサイト (2019) .

³² 厚生労働省『介護ロボットとは』.

³³ 厚生労働省『介護ロボットの開発支援について』.

車いすからトイレなどのような移乗作業を助けるもので、筋力が低下してしまった要介護者の負担を少しでも小さくすることが可能になる。

この2つは介護支援ロボットとしての性格を持つが、次の2つは自立支援ロボットとして位置づけられる。

1つ目は自立支援型起立歩行アシストロボである。これは要介護者の起立、着座、製紙などの動作をセンシングし、その際に必要となる力をモーターでアシストするもので、非介助者の行動をより広くし、活動的かつ自立的な生活を支援することを目指すロボットであるが、サイズの大きな問題が起こりうるため、小型化が期待されている。

2つ目は体重支持型歩行アシストで、使用者の体重の一部を機器が支えることで、脚の筋肉と関節の負担を軽減することが期待されるが、開発段階の機器である。

最後は、コミュニケーション・セキュリティーロボットのメンタルコミットロボット パロである。これはアザラシの赤ちゃんの姿をしたメンタルセラピー用で、センサーや人工知能の働きによって人間の呼びかけに反応したり、抱きかかえると喜んだり人間の五感を刺激して人を和ませ、心を癒したりすることを目的とする。アニマルセラピーには気分の向上や動機の増加などの心理的効果、ストレスの低減や血圧安定化などの生理的効果、患者同士や介護者とのコミュニケーションのきっかけ、活性化などの社会的効果の3つの効果があり、ロボットではあるが、パロについても同様であるとされている³⁴。

介護ロボット導入のための支援

介護ニーズが多種多様に変化を遂げ、介護従事者の深刻な腰痛問題等が指摘されているなかで、日本の高度な水準のロボット技術を活用し、高齢者の自立支援や介護従事者の負担軽減が期待されている。その一方で、実際介護ロボットを介護現場に導入しようとするうえで、課題となる点が存在する。

まず、介護現場側からの意見と開発側からの意見のミスマッチが生じる点である。

介護現場側としては、介護現場において実際に役に立つ機器がなかったり、役立て方がわかっていたりするうえに、事故についての危機感が拭えないという意見である。一方、開発側では実際の介護現場でのニーズが分かりづらく、実証実験に協力してくれるところも見つからないうえに、介護現場において機器を使つての介護は否定的なイメージが強いこともあり、介護ロボットを開発しても実際の使用につながらないという現状である。

これらのミスマッチを是正するために、福祉用具・介護ロボット実用化支援事業として、介護現場のニーズに適した実用性の高い介護ロボットの開発が促進されるよう、開発の早い段階から現場のニーズの伝達や試作機器について介護現場での実証等を行い、介護ロボットの現場での実用化を促す環境を整備するマッチング支援がなされている³⁵。

次に、介護ロボットの特性上、導入や開発に高いコストがかかることから、なかなか普及が

³⁴ 山田 (2015) pp. 323-326.

³⁵ テクノエイド協会 (2020) .

進まないという点が課題として挙げられる。

これについては、厚生労働省によると、介護ロボット等導入支援特別事業（平成 27 年（2015 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」によって、支援が行われている。これは、介護従事者の介護負担の軽減を図る取組の促進を目的に、事業者負担が大きい介護ロボットの導入支援をするために、20 万円を超える介護ロボットを介護保険施設や事業所に導入する費用を助成するものである。これは、目的要件・技術要件・市場的要件の 3 つ全てを満たした介護ロボットが対象となる³⁶。

介護ロボットを使用しての介護に対して、事故の危険性や、対機器であるために意思疎通ができないといったような、否定的な印象はあるが、介護ロボットを上手く利用することで、要介護者・要支援者の自立した生活の実現への選択肢としての存在意義は少なくないと考えられる。新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、介護ロボットや ICT による幅広い可能性が名実ともに世間一般に知れ渡っているなかで、タブレットなどの危険性の低い機器からでも、導入が進められていくべきだと考える。

3.4 持続的に実現される介護保険制度

前述のとおり、高齢者介護を持続的に実現していくうえで、介護保険制度において様々な課題が存在している。

まず財源に対する課題については、保険料を負担する年齢層を現在の 40 歳以上からという要件を 30 歳以上、可能ならば 20 歳以上まで引き下げるという施策が考えうる。社会全体で高齢者層の介護を支えることができ、それぞれの負担を軽減することにつながると考えられる。さらには高所得層あるいは豊かな資産を有している高齢者の介護保険料と介護サービス利用時の負担を引き上げることも、考えうる施策である。

このような累進性はすでに行われている措置ではあるが、累進性を強化し、経済的・社会的に豊かな状況にある人々の富を生活困難に陥った人びとに保険給付などとして回すことで、「所得の再分配」機能を強くする必要がある³⁷。

さらに、利用者の視点に立った切れ目ない医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが重要視されている³⁸。

2013 年に成立したプログラム法では、持続可能な社会保障制度の確立を目的とした改革推進に関する法案が示されている。病床機能を高度急性期・急性期・回復期・慢性期に分化しかつ連携を図る働きや、在宅医療・介護の推進等のための新たな基金の設置や医療と介護の連携強化、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、さらには地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化が主な改正事項である。

³⁶ 厚生労働省（2016）。

³⁷ NHK 解説委員室（2020）。

³⁸ 厚生労働省『医療と介護の一体的な改革』。

第4節 これからの高齢者介護

4.1 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、2011年度の介護保険制度改正で打ち出されたシステムで、中学校区程度を念頭におき、おおむね30分以内に駆けつけられる日常生活圏域において、「住まい」、「生活支援」、「医療」、「介護」、「予防」という5つの取り組みが、利用者のニーズに応じて適切に組み合わせられ、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目なく一体的にサービス提供されるというものである³⁹。

地域包括ケアシステムの姿は、「住まい」を中心に、高齢者の尊厳の保持と自立生活を続けられるように「生活支援」を求めたり、「介護予防」に取り組んだりするもので、その担い手として期待されているのが、老人クラブ、自治体、ボランティア、NPOなどである。老人クラブとは、地域を基盤とした高齢者が自主的に集まって活動する組織のことで、おおむね60歳以上の方を対象としている。仲間づくりを通して、生きがいと健康づくり、「生活を豊かにする楽しい活動」を行うとともに、その知識や経験を活かして、地域の諸団体と共同し、「地域を豊かにする社会活動」に取り組み、明るい長寿社会づくり、保険福祉の向上に努めることを活動の目的としている⁴⁰。

日常生活を送る中で、もし「医療」が必要になれば、かかりつけ医や地域の連携病院を受診して、必要に応じて急性期病院、亜急性期・回復期リハビリ病院に入院、そして治療後には退院・通院しながら地域での生活に戻り「介護」が必要になれば介護サービスを利用する、というように、5つの要素は欠くことのできない要素であり、地域包括ケアセンターでは、相談業務やサービスのコーディネートが行われる⁴¹。

地域包括ケアシステムは介護保険制度など1つの制度の枠名では完結せず、地域に暮らす一人ひとりの暮らし方に関する選択と心構えを前提に、多種多様な関係主体がネットワーク化を図ることが必要である。その際に、地域によって人口動態や医療・介護需要のピークの時期、程度が異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きいという実態があるため、目指すべき地域包括ケアシステムのすがたは地域によって大きく異なってくる。

一方で、財政的な制約も踏まえると、地域包括ケアシステムに含まれる機能の多くを、行政を中心とした公的サービスや単一の主体だけで担うことは非常に困難を極める。つまりは、住み慣れた地域で生活を送る高齢者の多様な生活ニーズに応えられる仕組みをつくるためには、「公助」「共助」だけでなく、「自助」を基本に、多様な主体と自治体が協働することで地域全体を支え合う「互助」の体制を作っていくことが非常に重要となる⁴²。

³⁹ 吉田 (2015) pp. 13-14.

⁴⁰ 長寿科学振興財団 (2019) .

⁴¹ 宮崎 (2016) p. 13.

⁴² 日本総合研究所 (2014) .

地域包括ケアシステムの事例

地域包括ケアシステムにおいて重要視される点を踏まえ、北海道当別町の事例についてみていく。

この事例の特徴としては、地域の大学生ボランティアの活動を拠点とし、障がい、児童、高齢者とあらゆる人びとを巻き込んだまちづくりを進めているほか、社会福祉法人や NPO 法人が中心となり、“一人のニーズに一つずつ向き合う”ことにこだわって地域の高齢者に必要な生活支援就労支援のサービスが生み出されている点が挙げられる。2011 年度の「新しい公共支援事業にて、認知症高齢者でも、就労や農作業を続けられるようなインフォーマル支援を作り出したい」という考えのもと、「共生型コミュニティ農園ペこぺこのはたけ」などの活動につながっていた。

この共生型コミュニティ農園ペこぺこのはたけは、農園を軸に、そこで採れた野菜を活用したコミュニティレストランや交流スペースが含まれた拠点で、障がいのある児童から町外から移住してきた元気な高齢者などを含む様々な町民が農作業を通じてともに働き、交流する場となっている。他のコミュニティでは世代や障がいの有無に関係なく交流し地域活動やボランティア活動を地域住民が主体的に企画・運営を行い、地域との関係が希薄になりがちな高齢者も、楽しんで参加することができる環境づくりがなされた。

この自治体の成功要因としてまず一つに、支援やサービスをつくり出す際に、「支える」と「支えられる」の区別をなくすこと、つまりは一般には支援を必要とする人たちも、支える側、地域にサービスを提供する側に立つようなしくみを試み、商工会と連携したポイント制度なども活用することで、要介護者・要支援者がボランティアとともに一体的にサービスを提供するしくみをつくっている。

さらに、支援・サービスを必要とする人々に対し一貫して「行政にとっても地域にとっても新たな活力であり、行政に不足しがちな視点を補ってくれる」存在という姿勢で、団体とのコミュニケーションを続けていることも要因の一つである。

この事例から得られる地域包括ケアシステム成功への手がかりとは、まず“目の前の一人”のニーズと向き合い、今地域に必要な支援・サービスを考えて、さらには学生ボランティアなどの活動にも目を向けて地域にある魅力ある社会資源を探し、高齢者がそれまでの生活や経験を生かして働き続けられるための仕組みを考えてみることだと言える⁴³。

地域包括ケアシステムが発展するには

日本の高齢者介護が持続的に実現されていくために、地域包括ケアシステムのような、各地域に根差した高齢者介護サービスの充実が必要不可欠であると考えられる。そのうえで、世界的にみても、高福祉の国として知られる、スウェーデンの事例について見ていく。

⁴³ 日本総合研究所（2014）。

4.2 スウェーデンの高齢者介護

様々な国が、少子高齢化の進行によって、高齢者介護の在り方について問われ、多様な形で高齢者介護に取り組んでいるなかで、福祉大国と呼ばれるスウェーデンであるが、実際にその内容とはどのようなものなのか見ていく。

スウェーデンの総人口に対する65歳以上の高齢者は、2015年の時点で、19.6%と当時の日本の高齢化率26.6%と比べると、きわめて低い。高齢化のスピードも、高齢化率が7%から14%に推移するまでにかかった期間を比べてみると、スウェーデンは85年間、日本24年間と、約3.5倍スウェーデンの方が長い。このように、スウェーデンの高齢化は、日本に比べるとスピードも緩やかで、かつ総人口に対する高齢者の割合もきわめて低い値を示している。

スウェーデンでの高齢者サービスの実施主体は、コミューンに一元化されている。スウェーデンの行政組織は、国、ランスティング、コミューンの三層構造をしており、ランスティングは日本でいう県に、コミューンは市町村に相当する自治体である。高齢者介護サービスだけではなく、社会サービスの提供の最終責任をコミューンが背負っており、地域の実情や価値観に合わせた独自の社会サービスを展開している。

しかし、責任は明確に定められている一方で、どのような種類のサービスを利用し、どのように供給し、自己負担額をいくらで提供するのかは、各コミューンの判断に委ねられているため、コミューンの考え方によって、水準等に違いが生じるようになる。したがって、コミューンには、より良い高齢者介護づくりのための試行錯誤が、必要不可欠ということである。

スウェーデンでは、地域におけるケアシステムを構築していくうえで、在宅主義と個別ニーズの重視が柱となって、サービスの供給がされている⁴⁴。このコミューンが担う役割を日本の都道府県などの自治体が全く同じように担うことはかなり困難であり、多くの時間が必要となるが、この構造に学び、在宅や地域での役割をより重視し、それぞれの自治体における環境の違いなどによって生じるニーズ合わせたサービス展開が必要であると考えられる。

4.3 変化を求められる高齢者介護

新型コロナウイルス感染症発生下で

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、介護の在り方についても変容が求められている。新型コロナウイルス感染症の発生以前から、介護人材の不足が続いていたが、今回の発生により、さらなる人員確保の困難性が増していった。さらに、感染拡大防止のために需要が急速に高まったマスクや消毒液などの購入が一定の期間、困難となり、免疫力の比較的低い高齢者への感染の危険性が危惧されていた。

これらを受け、政府では様々な対応策が取られることとなる。まず初めに介護職員等の確保支援である。新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、小学校等の臨時休業や社会福祉施設な

⁴⁴ 岩淵 (2018) pp. 109-111.

どで働く介護職員等が新型コロナウイルス感染症に感染することにより、社会福祉施設等で働く介護職員の出勤が困難となった際、職員が不足する社会福祉施設に他の社会福祉施設から応援職員を派遣して社会福祉施設のサービス提供を継続させることを目的としている。これは、厚生労働省からの補助によるもので、都道府県または都道府県が適当と認める団体に対して行われる。

さらに介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援として感染拡大防止の観点から、都道府県が介護施設等へ配布する消毒等の一括購入、介護施設等の消毒・洗浄や、高齢障害者向けに向けた地方自治体の感染症予防の広報・啓発経費、簡易陰圧装置・換気設備の設置に必要な費用の補助が行われた。加えて、事業継続が必要な介護施設等において、感染が疑われる者が複数発生して多床室に分離する場合に備え、感染が疑われる者同士のスペースを空間的に分離するための個室化に必要となる改修費についての補助も行われ、これは定員 30 人以上の広域型施設は都道府県から、定員 29 人以下の地域密着型・小規模型施設は市区町村から補助がされた。

他の業界でも、休業要請を受け経営が立ち行かなくなるケースが多く発生しているが、介護の業界でもそれは例外でなく、都道府県や指定都市・中核市からの交付により、休業要請を受けた事業所や感染者が発生した事業所・施設、濃厚接触者に対応した事業所・施設などに対して、かかり増し経費支援も行われた。要支援・要介護の高齢者やその家族にとって住み慣れた地域における生活を支えるために介護サービスは必要不可欠なものであり、新型コロナウイルス感染症による介護サービス提供体制に対する影響を可能な限り小さなものとするのが目的である。

新型コロナウイルス感染症発生による活動自粛下において、要介護・要支援者の通いの場の多くが活動自粛を余儀なくされているなか、介護予防のための広報・ICT 化支援が進められている。活動を自粛する状況が長期化することで高齢者の閉じこもりや生活不活発が増大するとともに、通いの場の活動再開が困難になり地域のつながりも途絶えてしまうことが危惧される。それを踏まえて、居宅で過ごす時間が長くなる想定される高齢者に対して、居宅においても健康を維持するために必要な情報について、広報を行い、加えて散歩支援機能等の運動管理ツール、高齢者用スマホ等を用いたコミュニケーション、ポイント付与等の機能を有するアプリ等によって通いの場としての機能を補強することが狙いの支援である。

例えば、通いの場の運営者や市町村職員等からタブレット等を用いて、体操などの映像コンテンツやメッセージを配信し、また参加者の心身の状態やコンテンツの利用状況、通いの場への出席状況等のデータを収集することができるため、効率的かつ効果的な取組の把握と実証が可能となる⁴⁵。

4.4 地域の実情に合わせた高齢者介護

急速な少子高齢化により、高齢者の割合が急増するなかで、私達の親や私達、その先の世代

⁴⁵ 厚生労働省（2020）pp. 9-15.

が安心して老後を迎えられるためにも、高齢者への支援を破綻することなく、継続して実現していくことが、非常に重要である。そのうえで重要となるのが、地域包括ケアシステムのような、地域の実情に合わせて構築・展開されたシステムである。各地域によって、固有の社会経済的、歴史的、空間的などの諸条件のもとにあり、地域資源も人々のニーズも、さらには価値観や文化なども異なってくる。

つまりは、地域包括ケアシステムを構築していくにあたり、自助・互助・共助・公助の組み合わせ方や組み合わせていく際のアプローチは独自の道を試行錯誤することが求められるのである。スウェーデンのコミュニンと同様なシステムを日本に導入することは、現状困難であるが、市町村単位の一定財源のもとで包括的・継続的なサービスをどこまで展開できるか、その際にどのようにしてそれぞれの地域の特徴を活かし、さらには課題を乗り越えられるかが、これから高齢者介護の在り方に影響を与えると考えられる。

おわりに

少子高齢化が急速に進むなかで、増加する65歳以上人口への介護問題は目を背けることのできないものとなっている。事業所や介護従事者不足が不足したことで、高齢者介護を取り巻く課題は決して少なくはないのが現状である。

本稿では、高齢者介護サービスの需給ギャップが生まれ、介護難民や介護保険制度が継続的に稼働するかなどの課題について分析をし、その課題を踏まえ、多様化していく介護ニーズに対応する対策を考察・研究してきた。

同じ要介護認定者でも、認定された要介護度や家庭環境など状況はさまざまであり、さらには地域によっても、それぞれの求める介護サービスは大きく異なってくる。様々な介護給付が存在するなかで施設サービスだけに偏らないサービスを利用し、居宅サービスや地域密着型サービスなど、それぞれのニーズに合った適切な介護サービスを利用できることが望ましい。

そのためには、介護人材の需給ギャップの是正と、地域包括ケアシステムのような持続的な介護保険制度の実現が必要不可欠となる。それに加えて、ICTやロボット技術の向上に合わせて生み出される新たな機器や機能、介護プランについての知識を深め、各要介護者の環境に合わせた介護があてがわれることが、多くの要介護者が充実した介護を受ける近道だと考える。充実した介護サービスの供給はもちろん、そのうえで要介護者や要介護者家族の協力、そして地域の人々の支援と理解が欠かせないものとなるといえる。

参考文献

- ・伊藤周平・日下部雅喜（2016）『改定介護保険法と自治体の役割 新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題』, 自治体研究社.
- ・資格試験研究会（2020）『公務員試験速攻の時事 令和2年度試験完全対応』, 実務教育出版.
- ・社会保険研究所（2017）『地域包括ケアシステムの強化のための介護保険制度改正点の解説』.
- ・荘村明彦（2019）『高齢者に対する支援と介護保険制度』中央法規出版株式会社.
- ・高橋里奈（2020）「助け合いにより安心できる高齢者介護の実現に向けて」, 『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.
- ・西村周三（2013）『地域包括ケアシステム—「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.
- ・宮崎徳子（2016）『地域包括ケアシステムのすすめ』ミネルヴァ書房.
- ・吉田元夫（2015）『地域包括ケアのすすめ』一般財団法人 東京大学出版会.
- ・Wikipedia（2019）『介護難民』,
<https://ja.wikipedia.org/wiki/介護難民>
- ・NHK 解説委員室（2020）『介護保険 20年 さらなる「社会化」のために』,
<https://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/428439.html>
- ・岩渕亜希子（2018）「スウェーデン地域包括ケアシステム視察報告」『追手門学院大学地域創造学部紀要』第3巻,
<https://www.i-repository.net/contents/outemon/ir/601/601180306.pdf>
- ・介護労働安定センター（2020）『令和元年度介護労働実態調査結果について』,
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_chousa_kekka_0818.pdf
- ・介護労働安定センター（2018）『平成29年度介護労働実態調査結果について』,
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h29_chousa_kekka.pdf
- ・経済産業省（2018）『将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会報告書』,
<https://www.meti.go.jp/press/2018/04/20180409004/20180409004-2.pdf>
- ・厚生労働省『介護医療院の概要』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000337651.pdf>
- ・厚生労働省『介護ロボットとは』,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000210895.pdf>
- ・厚生労働省『介護ロボットの開発支援について』,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2_3.pdf
- ・厚生労働省『介護保険制度について』,
<https://www.meti.go.jp/press/2018/10/20181023010/20181023010-4.pdf>
- ・厚生労働省『医療と介護の一体的な改革』,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- ・厚生労働省『介護労働の現状』,

- <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000482541.pdf>
- ・厚生労働省『令和元年度福祉用具・介護ロボット実用化支援等一式報告書』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000623739.pdf>
 - ・厚生労働省『令和2年(2020年)介護保険法改正』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf>
 - ・厚生労働省『介護ロボット等導入支援特別事業(平成27年度補正予算)』,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112870.html>
 - ・厚生労働省(2020)『介護保険における新型コロナウイルス感染症に関する主な対応』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000635472.pdf>
 - ・厚生労働省(2019)『介護保険制度をめぐる状況について』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf>
 - ・厚生労働省(2018a)『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>
 - ・厚生労働省(2018b)『公的介護保険制度の現状と今後の役割』,
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>
 - ・厚生労働省(2018c)『第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について』,
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/0000207318.pdf>
 - ・厚生労働省(2017a)『日本の将来推計人口(平成29年度推計)の概要』,
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000173087.pdf
 - ・厚生労働省(2017b)『要介護度別認定者数の推移』,
https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/dl/02_98-02_2.pdf
 - ・厚生労働省(2016)『日本の介護保険制度について』,
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_j.pdf
 - ・厚生労働省(2014)『平成26年(2014年)介護保険法改正』,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>
 - ・厚生労働省(2012)『平成23年(2011年)介護保険法改正について(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)』,
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf
 - ・厚生労働省(2009)『介護予防について』,
https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_01.pdf
 - ・厚生労働省(2008)『2008年度介護保険法改正』,
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2008_02.html
 - ・厚生労働省(2007)『社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について』,
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf>

- ・厚生労働省（2005）『2005年介護保険法改正』,
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005_02.html
- ・JOINT 介護のニュースサイト（2019）『AIでケアプラン、どう作る？シーディーアイの「MAIA」ハンズオン』,
<https://kaigonews.joint-kaigo.com/article-10/pg401.html>
- ・長寿科学振興財団（2019）『健康長寿ネット 老人クラブ』,
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/syogaigeneki/rojinclub.html>
- ・テクノエイド協会（2020）『福祉用具・介護ロボット実用化支援事業』,
http://www.techno-aids.or.jp/robot/jigyo.shtml#tab25_detial
- ・日本総合研究所（2014）『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう』,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073805.pdf>
- ・マネードクターナビ（2020）『介護費用の自己負担額はいくら？介護度によって違うサービス利用料』,
https://fp-moneydoctor.com/news/knowledge/longterm_carecosts/
- ・山田憲嗣（2015）「介護ロボットの現状と課題」, 日本老年医学会編, 『日本老年医学会雑誌』, 52巻,
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/perspective_52_4_322.pdf
- ・LIFULL 介護『介護保険制度とは?』,
<https://kaigo.homes.co.jp/manual/insurance/about/>