

5. 超高齢社会における介護（仕組みと現状）

団地での立ち話

Aさん「先日、田中さんにお会したけど、市のフラダンス教室に通っているそうよ」

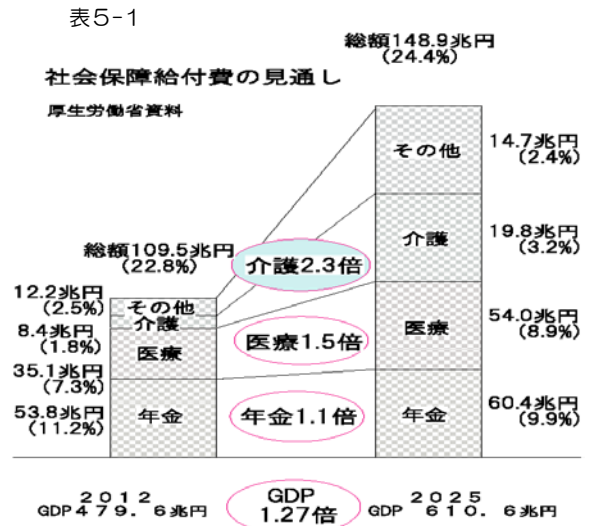
Bさん「もう85歳でしょ、お元気ね！」

Aさん「お隣の山本さんは金曜日にリハビリに行くそうよ！」

Bさん「そういえば、脚が悪く動くのが大変みたい、お互い気をつけようね！」・・・

8年後の2025年、75歳以上の後期高齢者が人口の5人に1人という超高齢社会となり、その社会保障費は約148.9兆円に膨れ上がると推定されています。

その内訳は年金約60.4兆円・医療費約54.0兆円・介護費約19.8兆円とされ、その増加率は、2012年度に比べ、年金は1.1倍・医療費は1.5倍・介護費は2.3倍と見込まれています。そのため増加率が高い介護費の抑制が課題となっています。



5-1 介護保険制度とは

1) 制度の経緯

介護保険法の目的は利用者が自立した生活を営むことであり、そのためのサービスの給付を行うことです。2000年にそれまであった「保険」「医療」「福祉」の三分野にまたがっていた介護サービスを一本化し、急速に進行する少子高齢化による介護の担い手を家族だけではなく、社会全体で対応しようとした仕組みです。

併せて、この介護保険制度は介護サービスを利用者が選択できる仕組みなので、利用者とサービス提供者の間の契約が必要です。契約時に利用者の判断能力が欠如している場合の対策として成年後見関連法案が成立しました。*法案は補足説明欄参照

介護保険法は成立後、2005年・2011年・2014年に改正が行われ、給付金の抑制と共に**介護予防・居宅介護**に、より重点がおかれるようになりました。

2018年度の改正では**病院と介護施設の連携強化**や情報の共有を促し、高齢者の在宅生活を支援する事に重点を置き、具体的には介護を受ける人の自立に向けた支援や、重度化を防ぐ取り組みに報酬を手厚くする方針です。

- ・心身機能の維持、改善に成果を上げた事業所に加算
- ・医師やリハビリに専門職と連携した自立支援に加算
- ・特別養護老人ホームのみとりへの対応拡充で加算
- ・かかりつけ医と連携した減薬に報酬加算
- ・大規模通所介護の報酬下げ
- ・生活援助の担い手を広げ報酬を抑制
- ・福祉用具レンタルに上限価格

2) 制度の内容

- ・介護、生活支援と共により自立出来る様に支援を行います。
 - ・市町村による行政措置から、社会保険制度への転換を図ります。
 - ・要介護者の家族を介護負担と介護費用負担から解放し、社会全体の労働力と財源で介護を行います。（社会保険方式：給付と負担の関係を明確にする仕組み）
 - ・要介護者が本人や家族の所得や財産にかかわらず、要介護者本人や家族が望む必要で十分な介護サービスを介護事業者から受けられる様にします。
- （利用者本位：利用者が色々な保健医療サービス、福祉サービスを受けられる仕組み）
- ・多様な事業者によるサービスを提供し、専門的サービス産業としての介護産業を確立します。
 - ・医療と介護の役割分担を明確化し、急性期や慢性期の医療の必要がない要介護者を介護サービスにより介護し、介護目的の入院を介護施設に移す様にします。
- 等が主な制度の内容です。

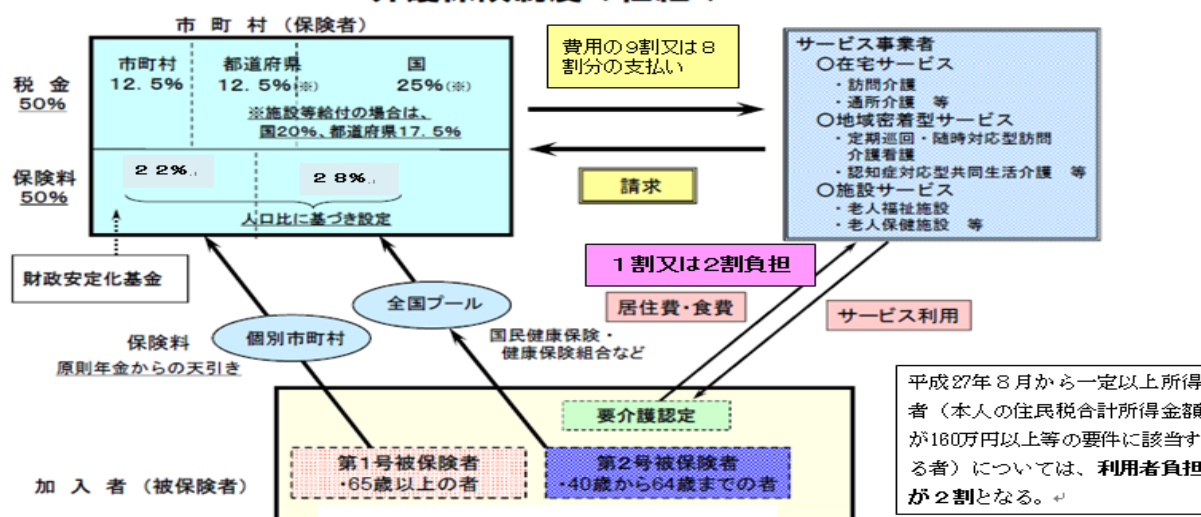
3) 介護保険制度の仕組みと保険料

介護保険の保険者とは、市町村と特別区(広域連合を設置している場合は広域連合)になります。介護保険者は、介護サービス費用の9割（8割）を給付するとともに、第1号被保険者の保険料を徴収し、介護保険財政を運営しています。財源は公費5割、保険料5割（現在、第1号保険料22%、第2号保険料28%）とされています

図5-1

介護保険制度の仕組み

神奈川県 HP より



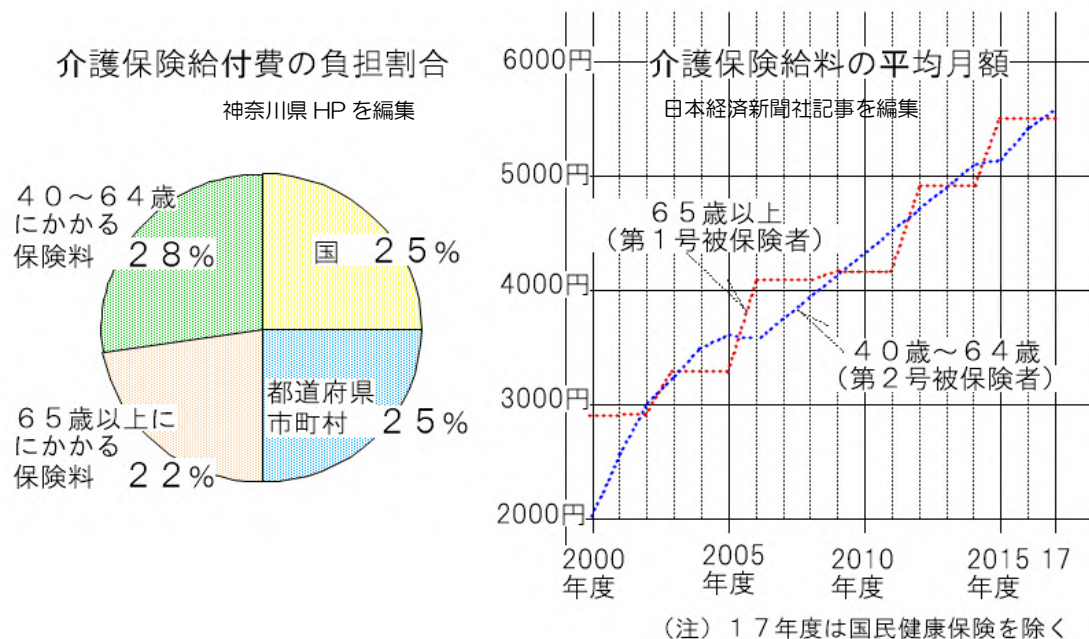
（備考）厚生労働省ホームページ掲載内容を加工。

*被保険者の第1号の方とは65歳以上で受給要件は要介護・要支援状態、保険の徴収は原則としては年金からの天引きです。

*被保険者の第2号の方とは40歳～64歳までの医療保険加入者で受給要件は要介護・要支援状態が老化に起因する疾病で、保険の徴収は医療保険と一体的です。

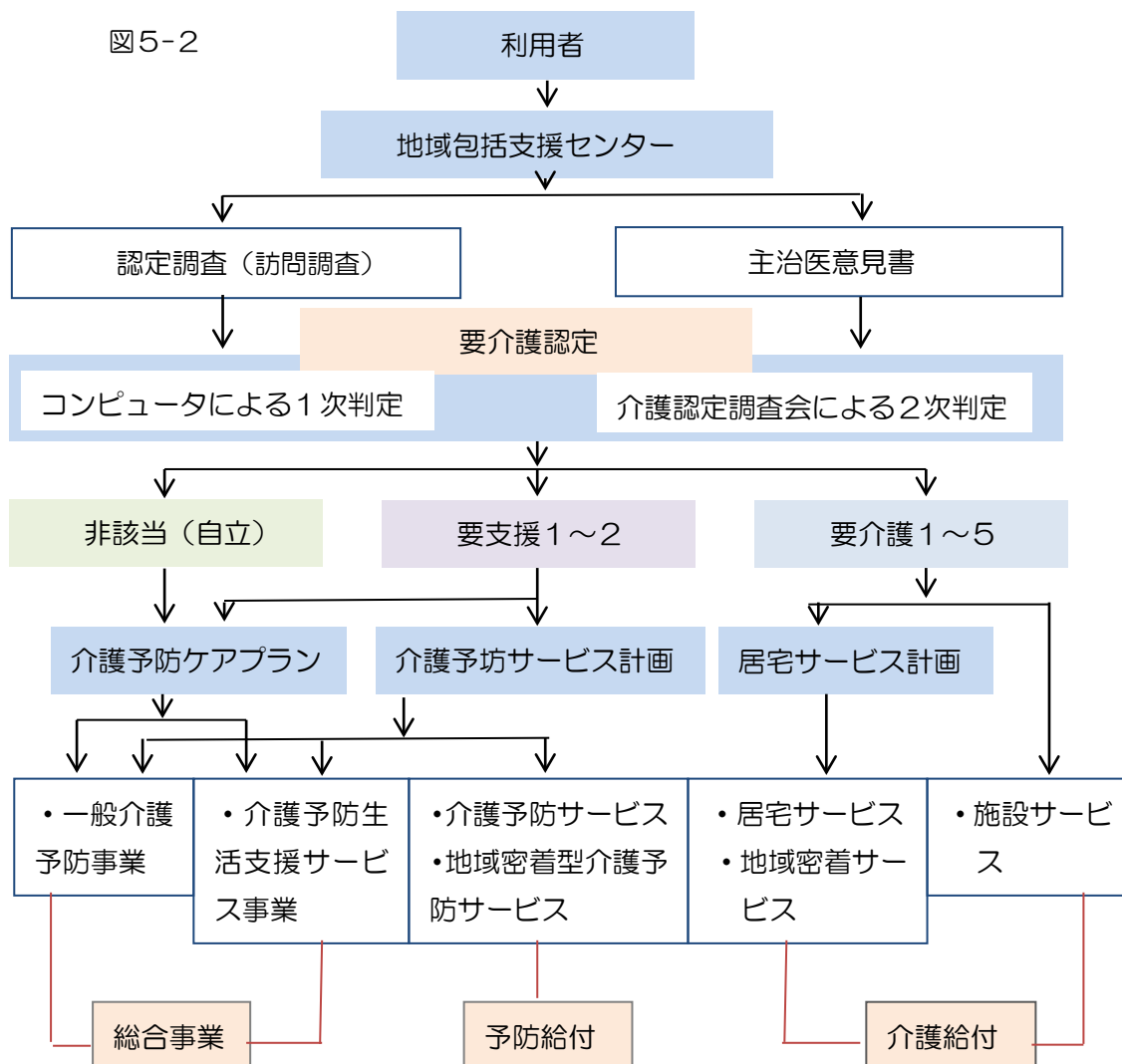
第1号被保険者の介護保険料は制度が始まった2000年度の全国平均は月額2911円でしたが、2018～2020年度は月額5819円になります。最も高い地域は月額9800円で最も低い地域の約3倍強です。

表5-2 介護保険料



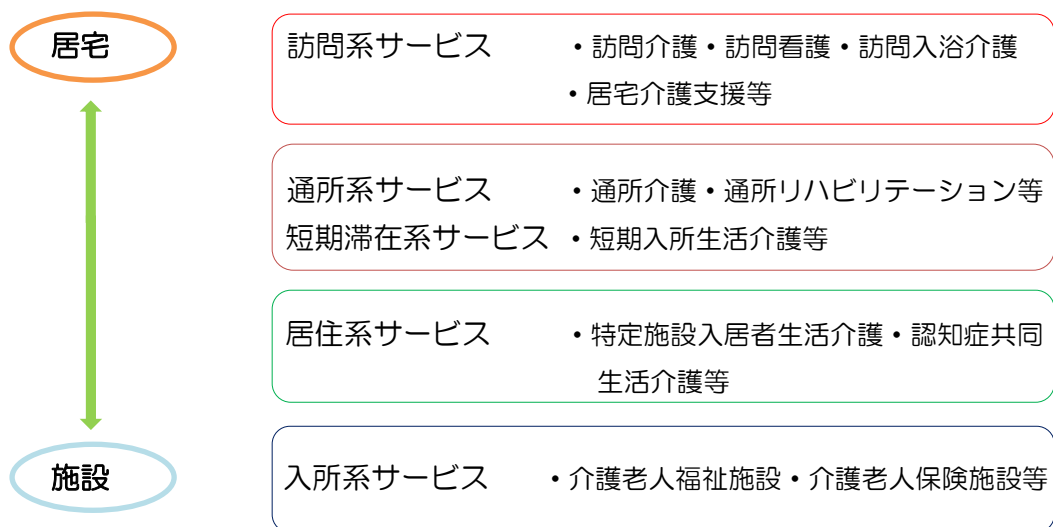
4) 要介護認定の仕組み

ダイヤモンド社2017. 11号と厚労省資料



5) 介護保険で利用できるサービス

図5-3 日本経済新聞社記事を編集



* 施設サービスで特定施設認定を受けてない施設は介護保険の利用は出来ません

表-5-3 要支援・要介護度別の状態と保険利用限度額

ダイヤモンド社と2015年度：厚生労働省資料

要介護度	状態	1ヶ月の利用限度額
要支援 1	食事や排泄はほぼ一人で出来るが生活の一部に支援が必要	50,030円
要支援 2	食事や排泄はほぼ一人で出来るが時々介助が必要	104,730円
要介護 1	食事や排泄はほぼ一人で出来るが食事等の日常の能力が低下、部分的に介護が必要	166,920円
要介護 2	要介護1に加え、歩行や食事、排泄等の日常動作にも部分的に介護が必要	196,160円
要介護 3	日常動作でほぼ全面的に介護が必要 認知症では問題行動が生じる	269,310円
要介護 4	要介護3よりもさらに動作能力が低下し、 介護なしには日常生活が困難	308,060円
要介護 5	生活全般にわたり介助が必要で介護なしには日常生活が送れない	360,650円

*上記の利用限度額の自己負担額は基本1割とされていましたが、介護保険改正により一定の所得がある方は自己負担が2割、3割になりますので役所の窓口を確認する必要があります。

5-2 介護とは

「社会福祉士および介護福祉士法」第2条の定義を基にすると、

「専門的知識および技術をもって、身体上又は精神上に障害を持ち日常生活を営むのに支障のある人に対し、入浴、排泄、食事などの援助、世話をすること」です。

介護に関わる法律は1963年「老人福祉法」が制定されましたが、社会的問題として取り上げられてきたのは1980年代で、1987年に「社会福祉士」および「介護福祉士」という国家資格が認知され、より深く社会が「介護」に関わるようになりました。

＊参考：介護関係でよく使用されている言葉

自助とは：他人の力に頼らず出来るだけ自分自身の力で課題を解決する事です

互助とは：当事者の周囲にいる人達による自発的助け合いの事です

介助とは：日常での基本動作の比較的軽い援助をさします・・・手助け

共助とは：一定のシステムの中で行われる支援活動や相互扶助で、医療・年金・介護保険・社会保険制度等で、コミュニティーサービス等も含まれています

公助とは：国や地方自治体に支えられる事で、高齢者福祉事業・生活保護・人権擁護等個人では解決出来ない諸問題に対する行政支援の事です

5-3 介護問題とは

介護の社会問題としては、財政問題が大きくとりあげられますが、それ以外に現状では種々の問題を抱えており、社会全体で考えなければなりません。

1) 問題の主なもの

①**財政問題**：年々増加する社会保障費（年金・介護・医療）

2025年度には約149兆円に成ると予測されています。

現在、**介護費は、年金・医療より金額では少ないのですが、増加率の高いのが問題とされています。**その介護費の増加の主たる要因は要介護者の増加ですが、その他、給付金の不正受給・利用者の安易なサービスの利用等も有ります。

②**介護人の不足**：要介護者の増加に伴い、看護する人が必要とされています。

介護に必要とされる職員は2025年度に約253万人、供給される

職員は約215万人と推計され、およそ**38万人が不足**すると見込まれています。

③**高齢者への虐待**：

厚労省が発表する資料によると、高齢者虐待は年々増加しており、

加害者のうち親族の割合が約95%で、施設従業員の割合が約5%です。

表5-4 厚生労働省調査発表

	要介護施設従業員等(*1)によるもの		養護者(*2)によるもの	
	虐待判断件数(*3)	相談・通報件(*4)	虐待判断件数(*3)	相談・通報件数(*4)
2016年度	452件	1723件	16384件	27940件
2015年度	406件	1640件	15976件	26688件
増減 (増減率)	44件 (10.8%)	83件 (5.1%)	408件 (2.6%)	1252件 (4.7%)

- ※1 介護老人福祉施設など要介護施設または居宅サービス事業など要介護事業の業務に従事する者
- ※2 高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等
- ※3 調査対象年度（平成28年4月1日から29年3月31日まで）に市町村等が虐待と判断した件数（施設従事者等による虐待においては、都道府県と市町村が共同で調査・判断した事例と、都道府県が直接受理し判断した事例を含む。）
- ※4 調査対象年度（同上）に市町村が相談・通報を受理した件数
- ※5 厚生労働省 ホーム>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>高齢者虐待防止

- ④**介護難民**：介護が必要な「要介護者」に認定されているにも関わらず、施設に入居出来ず、家庭でも適切な介護を受けられない65歳以上の高齢者をさします。2015年には全国で約43万人が予測されます。
- ⑤**介護離職**（介護離婚）：働きながら介護をしている人は2012年の統計で約291万人で、そのうち60～64歳の人が約108万人でもっとも多く、男女比は男性45%女55%で女性の方が多いことが分かっています。また、介護離職者は平均1年間で約10万人にのぼっています。
- ⑥**老老介護**：65歳以上の高齢者が65歳以上の高齢者を介護している状態で夫婦の場合と親子の場合とがあります。2013年の調査では居宅介護の約半数51.2%が老老介護で、そのうち認知症患者は65歳以上の高齢者の約9.5%を占め、2015年には約470万人になり老老介護の約10%は認知介護と推測されます。
- ⑦**認知介護**：老老介護の中でも、認知症の要介護者を認知症の介護者が介護していることを認知介護といいます。それは、事故が起きやすい危険な介護状況の一つです。2010年に山口県で行われた調査と統計では、県内で居宅介護を行っている世帯の10.4パーセントが認知介護状態にありました。
- ⑧**施設の適応性**：利用者が歳を経る事により状況が変わり、対応するサービスの内容、要求するサービスは異なります。その状況を的確にそして迅速に判断・対応が求められます。

2) 対策

- ①**介護費の抑制と医療費の抑制に対して**
 - ・要介護者の増加率を抑制するための**介護予防**を重点政策にしています。（健康寿命）
 - ・医療費を抑制するための**居宅介護**を重要視し、そしてその状態となっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることが出来る様、25年度をめどに住まい・医療・介護・予防・生活支援が連携しながら一体的に提供される**地域包括ケアシステム**の構築をめざしています。
 - ・生活支援費の抑制をするために、平均を上回る使用回数の利用者の介護計画は届出制とします。
- ②**介護人の不足について、介護サービス（居宅介護）の項参照**

③高齢者への虐待につて、介護サービス（施設）の項にて参照

④介護難民について、大きな要因は施設と介護士の不足です。施設については民間企業が運営し利益が出れば数は増えますが、個人の支払い能力の問題で入居ができず、公的機関の施設は財政問題があるので簡単には増やせず待機の人が増えているのが現状です。

特養への待機者が全国で約52万人と言われ、政府は2020年初頭に解消する目標をたてています。

⑤介護離職（介護離婚）について、育児・介護休業法の周知徹底を図っています。

また、ITの活用によるテレワークの推進に力を入れている企業もあります。

⑥老老介護・⑦認認介護について、老老介護と認認介護の現状や原因を把握したら、その後は具体的な予防策と解決策を考える必要があります。

最も重要なのは、介護者が一人で悩みを抱え込まず、市町村の窓口で相談に行くことです。

⑧要求される多様なサービスのへの対応：

地域包括支援センターが行っている業務の一部ですが、民間大手の介護業者が同一地域に複合的なサービスを行う様になりつつあります。それにより、実態に即した利用者の状態を一元管理が出来、様態に応じた施設の利用を選択できます。

また、サービス業者も人手不足、人件費などの経費の節約、利用者の囲い込みも出来、経営上にもメリットがあります。

図5-5



*地域包括ケアシステムとは

地域で支えあう互助、自分でも何とかしようとする自助、その活動を支援する共助・公助から構成され、地域包括支援センターが施行の中核となっています

そのためには、「介護」「医療」「予防」の専門知識の連携活用が重要な要素です

注1 2の章の「超高齢社会のあるべき近隣住民や地域のコミュニティーの2-3の5）地域包括ケアシステムの整備」を参照してください。

5-4 介護予防サービスとは

生きがいを持って生活を送ることが生活の質(QOL)を高めることで、このことが介護予防となります。

- ①高齢者が要支援や要介護状態にならないようにする事（要介護発生の予防）
- ②高齢者が要支援、要介護状態になってもそれ以上悪くならない現状維持をする事（維持・改善）



ケア資格ナビのHPより

1) 具体的介護予防の施策としては

地域支援事業は要介護状態を予防することで介護予防事業・包括的支援事業・任意事業があり、介護予防事業は地域の高齢者を状態の程度に応じて三つに分類し、それに応じた介護予防を実施します。

- ①要介護状態のリスクが否定できない一般高齢者
- ②生活機能の低下が認められる高齢者
- ③要介護状態にある高齢者

介護予防の地域での中核は地域包括支援センターで主に下記の業務を行います。

- a 介護予防事業：65歳以上の住民を対象に健康診断を行い、要支援、要介護になる可能性がある高齢者は運動機能の向上、栄養改善、生活習慣病予防、閉じこもり予防等の教育、相談、訓練、指導等を実施します。
- b 包括的、継続的支援事業：介護予防ケアマネジメント・相談・ネットワークの支援を行います。
- c 任意事業：介護給付等の費用の適正化、家族介護支援を行います。

以上の地域支援事業とは別に政府は「国民の健康寿命の延伸」を戦略市場創造プランの一つに位置づけし、セルフケア（補足説明*8参照）関連市場の育成を後押しします。それにより、健康寿命がのびることが看護費・医療費の抑制につながる事になります。

次世代ヘルスケア産業協議会の試算によると、介護が必要なフレイル（虚弱）・認知に関する34年時点の60歳以上の医療費は何の予防対策を講じない場合と比べると320億円、介護費は3兆2000億円の抑制効果があります。

2) 介護予防サービスの種類とサービス内容

表5-6（要支援1～2の方への介護予防サービス・予防給付対象）

介護の種類	介護の内容
① 介護予防支援	介護予防サービスを適切に利用できるように、心身の状況、環境、本人、家族の希望に応じて、介護予防ケアプランの作成をする等、要支援者の暮らしを支援する介護予防ケアマネジメントが受けられます

② 日常生活の支援		補足説明＊４参照
(1) 介護予防 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	介護予防の目的で、ホームヘルパーに利用者宅に来てもらい、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活支援が受けられます ・身体介護中心（食事・入浴・排泄・衣類やシーツの交換等） ・生活援助中心（居室の掃除・洗濯・買い物・食事の準備、調理等）	
(2) 介護予防 訪問入浴介護	介護予防の目的で、利用者宅に浴槽を積んだ巡回入浴車などで入浴の介護が受けられます	
(3) 介護予防訪問 リハビリテーション	介護予防の目的で、理学療法士や作業療法士に利用者宅に来てもらい、一定期間に渡り、リハビリテーションが受けられます	
③ 医者の指導のもと助言・管理		
(1) 介護予防 居宅療養管理指導	介護予防の目的で、医師・薬剤師・歯科医師等に利用者宅に来てもらい療養上の管理指導が受けられます	
(2) 介護予防 訪問看護	介護予防の目的で、看護師・薬剤師等に利用者宅来てもらい、看護が受けられます	
④ 施設に通う		
(1) 介護予防 通所介護 (デイサービス)	介護予防の目的で、日帰りでデイサービスセンターにて趣味、生きがい活動を行い、食事、入浴等の介護や機能訓練が受けられます	
(2) 介護予防通所リハビリテーション (デイケア)	介護予防の目的で、老人保険施設や介護療養型医療施設等に通いリハビリテーションが受けられます	
⑤ 短期間施設に泊まる		
(1) 介護予防 短期入所生活介護 (ショートステイ)	介護予防の目的で、特別養護老人ホーム等に短期間入居し、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練が受けられます	
(2) 介護予防 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	介護予防の目的で、老人保険施設や介護療養型医療施設等に短期間入居し、看護、医学的管理の下で介護や機能訓練、必要な医療、日常生活上の支援等が受けられます	
⑥ 生活環境整備サービス		
(1) 介護予防 福祉用具貸与	介護予防の役立つ福祉用具を貸与するシステムです ・１３種類が貸出し対象 (要支援介護の程度により利用対象が異なります)	
(2) 特定介護予防 福祉用具購入	介護予防の役立つ福祉用具のうち、貸与になじまない、トイレ、入浴の福祉用具購入費の支給が受けられます ・５種類が対象品目 ・１０万円/年が上限で１，２割の自己負担があります	
(3) 介護予防 住宅改修費	介護予防の役立つ、より安全な生活が送れる様に住まいを改修する費用の支給が受けられます ・介護保険対象は手すり、床の段差・すべり、扉、便器等	

	・20万円が利用限度（1回のみ）・要介護無関係
⑦ 施設に入居している人が利用するサービス	
(1) 介護予防特定施設 入居生活者介護	介護予防を目的として、有料老人ホームの入所者が食事、排泄、入浴等の介護や機能訓練、療養上の世話が受けられます
⑧ 地域密着型介護予防サービス	
(1) 介護予防 認知症対応型 通所介護	介護予防を目的として、認知症の利用者がデイサービスセンターに通い入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練が受けられます
(2) 介護予防 小規模多機能型 居宅介護	利用者が心身の状況・環境等に合わせて、居宅またはサービス拠点、短期宿泊にて、家庭的環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話。機能訓練が受けられます
(3) 介護予防 認知症対応型 共同生活型介護	介護予防を目的として、認知症の利用者が共同生活を営む住居で、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話。機能訓練が受けられます

3) 介護予防の問題と対策は

問題は、介護予防の重要性は認識していても、その効果が分かりづらい事にあり、なかなか実行には至らない事です。

各市町村では、健康でいられる事・要介護の人をつくらない事を目標にいろいろな施策が行われています。例えば、健康診断・生活習慣改善の講演会・体操教室などです。また、TV・新聞・雑誌なども健康に関する内容が多くなり、介護予防に関心をもたせる事に役立っています。

介護予防は健康寿命を延ばすために重要であり、本人・家族・社会に対して良い効果がある事が認識されていますので、これからも各自が自覚を持って努力をする事が必要です。

*厚生労働省の資料

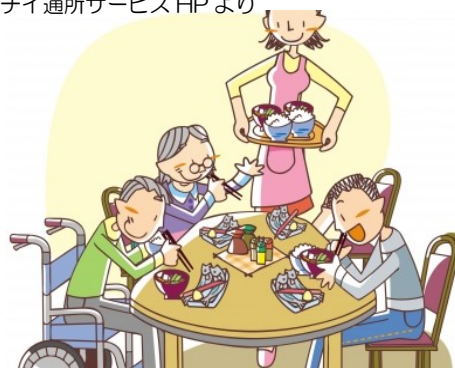
健康寿命について、平成13年と平成22年を比べると、男性は69.40歳から70.42歳へと1.02年、女性は72.65歳から73.62歳と0.97年延びています。一方、平均寿命をみると、同期間で、男性は78.07歳から79.55歳へと1.48年、女性は84.93歳から86.30歳へと1.37年延びています。また、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成24年1月推計）によれば、平成25年から平成34年にかけて、平均寿命は男性では80.09歳から81.15歳へと1.06年、女性では86.80歳から87.87歳へと1.07年とさらに延びることが予測されます。今後、こうした平均寿命の延伸とともに、健康な期間だけではなく、不健康な期間も延びることが予想されます。国民の健康づくりの一層の推進を図り、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことは、個人の生活の質の低下を防ぐ観点からも、社会的負担を軽減する観点からも、重要です。

介護予防につながる情報として

ニチイ通所サービスHPより

効果の例ー1 老衰死が多いと医療費、介護費が増えず

T市の場合老衰死の割合が全国平均を100とした場合、210.2
医療費は全国平均約93.2万円/年に対し79.2万円/年・・・現在その要因を調査中です。



効果の例ー2 「いきいき百歳体操」・・・手首と脚に重りつきバンドをまき、手足の上げ下げを40分行う

結果、筋肉量、筋力とも減少幅が小さくなり、自立に役立ちます。
現在、全国356市町村にて導入しています。

AIの利用 厚労省の介護保険サービスの料金体系「要介護度の改善報酬」に対応して、要介護認定を受けた人の部屋にセンサーを設置し日々の生活習慣間の変化を捉え、自立支援のアドバイスを行う。

等、市町村・各企業が努力を行っている例です。

5-5 介護サービス（居宅介護）とは

自宅を中心に利用するサービスで、施設に通う・短期間施設に入居するなど、さまざまな種類のサービスを利用者の希望に合う様にできます。

1) 介護サービス（居宅介護）の種類とサービス内容

表5-7（要介護1～5の方への介護サービス） 参考：井戸美枝著「介護保険の改正」

介護の種類	介護の内容
① 日常生活の援助	補足説明＊5参照
(1) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	介護福祉士などのホームヘルパーに利用者の自宅に来てもらい、 身体介護（補足説明＊6参照）・生活援助が受けられます ・身体介護中心（食事・入浴・排泄・衣類やシーツの交換等） ・生活援助中心（教室の掃除・洗濯・買い物・食事の準備、調理等）
(2) 訪問入浴介護	浴槽を積んだ巡回入浴車に利用者宅へ来てもらい、入浴の介護が 受けられます
(3) 訪問リハビリ テーション	理学療法士や作業療法士に利用者宅へ来てもらい、心身の機能維持 回復、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションが受けら れます
② 医者の指導のもと助言・管理	
(1) 居宅療養管理指導	医師・薬剤師・歯科医師等に利用者宅へ来てもらい、療養上の管理 指導が受けられます
(2) 訪問看護	看護師や保健師等に利用者宅へ来てもらい、床ずれの手当や点滴の 看護が受けられます

③ 施設に通う	
(1) 通所介護 (デイサービス)	デイサービスセンターに通い、趣味等の活動を行い、食事、入浴等の介護や機能訓練が受けられます（個別機能訓練・栄養改善指導） ・咀嚼、飲み込訓練と口腔機能指導など）
(2) 通所リハビリ テーション (デイケア)	介護老人保険施設や病院・診療所などへ日中通い、機能訓練が受けられます (栄養改善指導・咀嚼、飲み込訓練と口腔機能指導)
④ 短期間施設に泊まる	
(1) 短期入所生活介護 (ショートステイ)	特別養護老人ホーム等に短期入居し、食事、入浴等の介護と機能訓練が受けられます
(2) 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	介護老人保険施設・介護療養型医療施設等に短期入居し、医療によるケアや介護と機能訓練が受けられます
⑤ 生活環境整備サービス	
(1) 福祉用具貸与 ・利用限度額有り、1，2割の自己負担有り	自立した生活を送るための用具貸与システムです ・13種類が貸出し対象 (要支援介護の程度により利用対象が異なる)
(2) 特定福祉用具購入	福祉用具のうち、貸与になじまない用具の購入費の支給が受けられます（5種類が対象品目） ・10万円/年が上限で1，2割の自己負担有り
(3) 居宅介護住宅改修	より安全な生活が送れる様に住まいを改修する費用の支給が受けられます (介護保険対象は手すり、床の段差・すべり、扉、便器等) ・20万円が利用限度（1回のみ）・要介護無関係
⑥ 施設に入居している人が利用するサービス	
(1) 特定施設入居 生活者介護	有料老人ホームの入所者が食事入浴等の介護や訓練が受けられます 一般型と外部サービス型があります

2) 居宅介護の問題と対策は

自宅にて介護を望む高齢者は約8割にのぼります。

居宅介護は基本的には家族により成り立ち、介護サービスは補助的な役割を担っていますが、その役割は大きく、家族の負担軽減に寄与しています。

ただ、その役割・サービスの充実度が増すにつれ費用も大きくなり、財政問題となっています。また、居宅介護は家族への負担は大きく、結果「老老介護」「介護離職」「介護離婚」等の問題が多く発生しています。

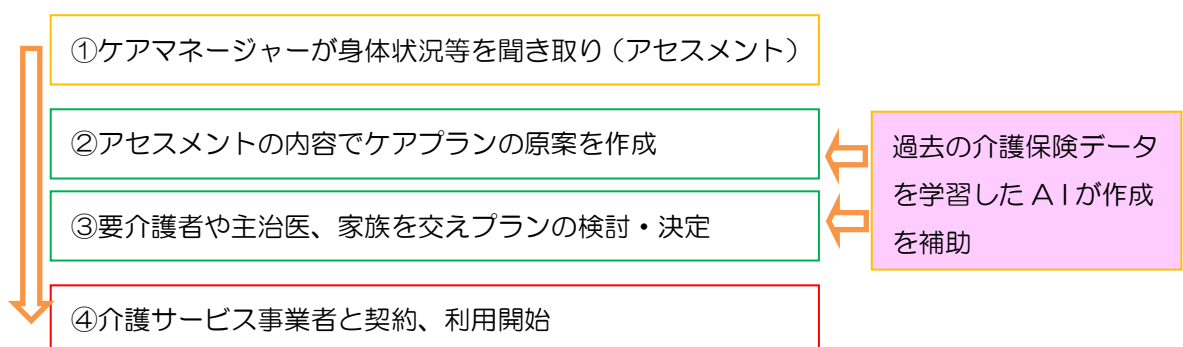
上記以外の問題点として、全国におけるデイサービスの利用者は1ヶ月で約160万人に及び、小規模型事業所の乱立も目立ち、安全基準を守らない事業者がいる事です。

*入院費は国民医療費42兆円の約4割を占めている為、「入院から在宅へ」の政策が進められている。ただ「入院より在宅へ」が問題を解決できるかの検証はこれからです

居宅介護の諸問題の対策としては

- ・介護士の将来の不足に対応するために外国人介護実習生に在留資格を与え、また介護福祉士の資格を得た人は日本で最大5年間働ける様にします。
ただその運用方法と日本語の試験（専門用語）が問題となっています。
- ・介護人材を高齢者（定年退職者）に求めています。
- ・混合介護（補足説明＊7参照）の基準の明確化により事業者の保険適用外のサービス行い易くなります。それにより企業は上がった収益を職員の給与のアップに使用でき、人材の確保につなげます。
- ・IT（情報技術）の効率化
サービスの結果を自治体に報告する多くの書類を電子化し、サービスへ費やす時間を増やす様にします。
- ・介護サービスのなかで、生活援助（国家資格の必要が無い）の作業をパート・退職後の人材を活用し、介護士の有効活用を図ります。（介護士の不足への対処）
それによる介護士の業務改善が人材確保につながります。
- ・自宅に居ながら老人ホーム並みの介護が受けられる様に工夫します。
（利用者の費用抑制と希望への対処）
＊朝、昼、晩、深夜 の一日4回、ヘルパーが訪ね身の回りの世話をするなど。
- ・AI（人工頭脳）の活用
AIの活用で介護のノウハウの共有・・・15業者がケアプラン策定に導入
政府は従来の介助中心から自立支援型を推進する様になり、それを実現するための一部としてAIの活用を支援しています。
内容は、現在の介護の現場は介助を手掛けた人材が中心で、自立支援のケアプランが作成できる人材が不足しています。それを補うためにAIを導入し最適なケアプランが提示される仕組みを造ります。

図5-5 AIが自立支援に向けたケアプラン作成を補助する仕組み 日本経済新聞社記事より



- ・AIのその他の活用は
注2 6の章の「超高齢社会における高齢者の安全・安心へのバックアップ」を参照してください

以上のように、政府・市町村・関係企業も介護問題に取り組んでいます。全てを満足する難しいのが現状です。

5-6 介護サービス（施設介護）とは・・・ 高齢者向け施設

自宅での生活が難しい人が施設にて支援を受けて生活ができます。

施設により受けられるサービスが利用者の条件により異なりますので、状況を考慮して選ぶ必要があります。



* 高齢者施設は下記の様に分類されます

イリーゼのHPより

老人福祉法施設・介護保険施設・制度に基づく高齢者住宅・制度外の高齢者住宅

1) 介護サービス（施設介護）の種類

表5-8 (要介護1～5の方への介護サービス)

介護の種類	介護の内容
① 老人福祉法施設	
(1) 軽量老人ホーム a 軽量ホームA型	低所得者で諸事情により家族と同居が出来ず、また独居生活が困難な人が対象です 要介護者は入居不可、所得制限有り、60歳以上が対象者で所得により月額料金が変わります。食事付きです
軽量老人ホーム b 軽量ホームB型	基本的にはA型と同じだが自立生活はできる人が対象です 要介護者は入居不可、所得制限無し、60歳以上が対象者で所得により月額料金が変わります。食事付きです
軽量老人ホーム c ケアハウス一般型	自立生活が可能だが独居生活に不安ある人が対象です 要介護2以上、所得制限無し、60歳以上が対象者で、訪問介護で食事・入浴・安否確認・緊急時対応等の支援が受けられます
軽量老人ホーム d ケアハウス看護型	自立生活が可能だが独居生活に不安ある人が対象です 要介護1以上、所得制限無し、65歳以上が対象者で機能訓練やレクリエーション、食事、排泄、入浴介助等の特定施設入居生活介護サービスが受けられます
(2) 養護老人施設	精神障害等の心身状態や経済的理由による自宅生活困窮な高齢者が、自立した生活を送るための支援施設で対象者は65歳以上が対象者で、ある程度の自活が条件で外部サービスが受けられます
(3) 特別養護老人ホーム（特養）	要介護高齢者の為の生活施設で、自宅生活困窮な高齢者。要介護3以上で65歳以上が対象者です 養護が目的で終末まで入居が可能です
② 介護保険施設	
(1) 特別養護老人ホーム（特養）	①－(3)の項と同じ ①－(3)の項と同じ

(2) 介護老人保険施設 (老健)	ある程度病状が安定したヒトが在宅復帰を目的とした施設で リハビリや生活相談を中心としたサービスが受けられます 要介護1以上が対象者です 原則3ヶ月が入居期限です
(3) 介護療養型医療施設 (療養病床)	状態が安定した人が慢性疾患高齢者を対象とした施設です 要介護1以上が対象者です 2017年度末に療養型老健に変わる予定です
③ 高齢者住宅	
(1) A有料老人ホーム a 介護付き有料老人 ホーム(一般型) 特定施設の認定が必要	*一般型特定施設入居者生活介護 高齢者の為の介護サービス、生活支援が受けられる施設です 介護を施設のスタッフが行い終末まで入居可能です ケアプランの作成をホームのケアマネージャーが行います 施設のサービスの内容により 「入居時自立型」 「介護型」 「混合型」があります おおむね60歳以上が対象者です
A有料老人ホーム b 介護付き有料老人 ホーム (外部サービス利用型) 特定施設の認定が必要	*外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 サービス内容は(一般型)と同じですが、介護を施設内で外部の 委託業者が行い終末まで入居可能です ケアプランの作成をホームのスタッフが行います 原則60歳以上が対象者です
B 住宅型有料老人 ホーム	高齢者が生活支援等のサービスが受けられる施設で、 介護が必要となったら入居者が訪問介護サービスに依頼します 特定施設入居者生活介護の指定を受けてないと「介護付き」「ケア付き」は呼称出来 ません
C 健康型有料老人 ホーム	高齢者が生活支援等のサービスが受けられる施設で 介護が必要となったら退去しなければなりません 特定施設入居者生活介護の指定を受けてないと「介護付き」「ケア付き」は呼称出来 ません
(2) サービス付き 高齢者向け住宅 (サ高住)	高齢者対応の施設(バリアフリー等)で安否確認、生活相談が付加 された賃貸住宅で、自立、軽度の要介護までで原則60歳以上が対 象者です 生活支援、及び食事のサービスはオプションで介護サービスは外部 業者に依頼します
④ 地域密着型 *グループホーム以外の施設についてはP-17を参照	
(1) 認知症対応型 共同生活介護施設 (グループホーム)	認知症や要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らせるサービス 施設で、要介護2以上で原則65歳以上が対象者です ヘルパーとともに共同生活を送ります

注2 高齢者向け施設の選び方は当NPOのHPを参照してください

2) 介護サービス（施設）の問題と対策は

高齢者向け施設の問題は **介護人の不足** **高齢者への虐待** 等が社会問題として取り上げられていますが、それ以外に無届け介護ハウスなどもあります。

注3 介護人の不足問題への対策は居宅介護の項目に記載しています

高齢者の虐待：現状の虐待件数等は5ページを参照してください。

虐待は施設介護職員による虐待と親族等による虐待があります。

施設介護職員による高齢者への虐待には身体的虐待・介護放棄・心理的虐待 性的虐待・経済的虐待の五つがあります。その虐待の要因は多々有り、主なものは知識・技術等が約6割、ストレスが約2割、性格が約1割でその他に組織・人間関係・多忙さ等があげられます。

その対策については市町村の地域包括支援センターが窓口になり相談・支援を行い、適切な保護と適切な業者への指示、行政処置が行われています。

また、2018年には厚労省が虐待防止に向けた取り組みを推進する通知を都道府県に出します。

無届け介護ハウスとは国の基準を満たしていない施設で、行政への届出をしていない施設です。無届けハウスが急激に増えている背景には、特養には待機者が多く入れない、また基準を満たしている民間の施設には費用が高くて入れない。そういう人達（介護難民）が入っている施設で、2017年には全国で911を数え1年で2.3倍になっています。（料金は月に約15万円程度で通常の有料老人ホームより約10万円安価です）

無届けハウスの問題は、行政の管轄外のために施設・運営の不備を指摘、改善指示を行へない事です。ただ、入居者の過半が自治体や病院からの依頼という現実があります。

上記の施設の問題以外に成年後見人不正問題があります。

成年後見制度（補足説明*9参照）は先に述べたように介護保険法と並行して出来た制度で、2016年最高裁判所調査で約20万人以上の方が利用しています。そして成年後見人の内訳は親族が約2割ですが年々専門職が増える傾向にあります。

問題は、この制度を悪用する後見人も年々増加し2011年～2015年までの間に約213億円の不正が発生しています。その内の94%が親族後見人です。

対策としては、①親族を後見人に専任するときは専門職を監督人とするか、後見制度支援信託を利用させる ②親族でなく専門職を後見人にすることです。

5-7 介護サービス（地域密着型）とは

今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、市町村が事業者の指定や監督を行い、地域の特性に合わせ、利用者のニーズにきめ細かく応えることで、地域に密着したサービスを行うための政策です。

「ちょっとご近所に行く」という感覚で利用できるサービスにより、「人との絆を失わない」介護を実現しようとしたものが、この地域密着型サービスです。

介護保険の対象としてサービスを利用できるのは、原則として指定をした市町村等（保険者）の住民（被保険者）のみになります。

！）介護サービス（地域密着型）の種類（要介護１～５の方への介護サービス）

表-5-9

介護の種類	介護の内容
グループホーム以外の地域密着型サービスとして	
(1) 定期巡回・随時・ 対応型訪問介護看護	介護職員と看護師が連携し、定期的に訪問します 利用者の通報、電話にも随時対応するサービスです ・要支援１，２の方は利用出来ません
(2) 夜間対応型 訪問介護	夜間定期的にヘルパーが巡回して看護を行います（緊急対応有り） ・要支援１，２の方は利用出来ません
(3) 認知症対応型 通所介護	認知症高齢者が食事、入浴等の介護や支援、機能訓練を日帰りで受けられます
(4) 小規模多機能型 居宅介護	小規模な施設で「通い」を中心に「訪問」「短期の宿泊」を組み合わせ 食事、入浴等の介護や支援が受けられます
(5) 看護小規模多能 型居宅介護（複合型）	小規模多機能型居宅介護に看護が加わったサービスです ・要支援１，２の方は利用出来ません
(6) 地域密着型介護 老人福祉施設 入所者生活介護	定員２９名以下の小規模な特別養護老人ホームです ・要支援１，２の方は利用出来ません
(7) 地域密着型 特定施設入所者 生活介護	定員２９名以下の小規模な介護専用の有料老人ホームです ・要支援１，２の方は利用出来ません

注４ 小規模多機能型居宅介護施設に関しては２の超高齢社会のあるべき近隣住民や地域のコミュニティーの２－６の５）を参照してください。

２）介護サービス（地域密着型）の問題

老人ホームは８０～１００名定員の大規模施設のメリット（雇用人数など）がありますが地域密着型にはスケールメリットが無く、運営の難しさがあります。

また、２０１８年４月に施行された介護保険改正で、小規模型通所介護は介護報酬が約１０％引き下げられ益々経営が難しくなり、小規模事業者を潰す結果になりかねないといった声もあがっています。

実際に通所介護施設が増加する陰で、設立から５年以内に倒産した小規模事業所も少なくないというのが現状です。介護事業は常に人手不足が騒がれ、また新規参入が増えたことでサービス合戦が繰り返され、小規模施設は経営的に生き残っていくのがやっとなというのが状況です。

Column

政府は、2018年5月に2040年度の社会保障給付金の状況を発表しました。その内容から考えさせられる事は介護・医療問題は税制改革も含めた息の長い取り組みを社会全体でしなければならない事だと思います。ただ、難しい事はその問題を国民全体が共有・納得する方策だと思います。

その一つに**子供から高齢者まで切れ目ない社会保障に関する教育**をし、国の財政をも含めた社会保障の理解を深める必要があると思います。

また、受益者はあまりにも簡単に援助を受ける風潮がみられます。

各自がその甘やかされた時代を卒業し「**自助ありき**」が必要だと思います。援助を受ける事は税金を使う事になり、子供や孫の負担に成る事を認識しなければなりません。受けられる援助は受けなければ損、お金は国がどうにかする。という考えを捨てなければなりません。

まずは、自分で出来る事は自分で行う事であり、努力する事が大事だと思います。終わりに、介護問題を考えるときに介護を受ける側からの視点もぜひ忘れない事をお願いします。

5-8 補足説明

* 1 予防介護と介護の違い

介護とは心身に障害を持つ人に対し、入浴・排泄・食事等の日常生活を援助する事
予防介護とはそのような要介護状態にならない様にすることです。

介護は要介護1～5で介護給付（介護サービス）が受けられ、

介護予防は要支援1～2で予防給付金（介護予防サービス）が受けられます。

* 2 介護と看護の違い

介護は主に日々の生活で人の助けを必要としている高齢者や障害を持っている人に対し
介助を行うことで、快適に過ごすことができるように身の回りの世話をするのが基本です。
具体的には入浴介助や移動の手助け、食事の提供、排泄介助など日常生活を中心に
手助けを行うことで、施設でのレクリエーションや高齢者との会話・コミュニケーション
も介護の大事な仕事です。

看護は病気や怪我を改善するための治療が優先され、主に入院している患者の世話を
するのが看護の役割であり、病気・怪我を治すための手助けを行うことです。具体的には
医師の助手や注射・点滴、病棟の見回り、患者のバイタルチェック等です。看護師には
介護士には無い治療や診療に関する知識や技術が必要で、治療に関する仕事为主となり
ます。介護現場において介護士・看護師ともに重要な役割を担っていますが、介護と看護
の互いの役割は違います。介護施設を利用している高齢者が安全に暮らせるように、
介護と看護の区別はきちんとしておかなければなりません。

注：バイタルチェック：バイタルとは生命を意味しており、バイタルサイン、つまり生きて
いる、元気かどうかの見極めをするためのチェックで、バイタルチェックには、意識・呼
吸・体温・血圧・脈拍の確認、測定等があり、毎日の健康維持のために重要です。

＊３ 介助と介護

一般に、介助は世話をする行為に対して使われ、自立を促しはしません、介護はこの自立を促すという点が重要になります。介助とは付き添い助けること、介添えすることであり、福祉の場では主に食事や排泄、就寝、入浴、あるいは移動などの付き添いです。一方介護とは身体の不自由な人に対して、生活支援を行い、食事介助や排泄介助等様々な介助行為を通じて、その人の社会的生活を保障し、自立に向けて援助する行為です。

＊４ 生活支援

在宅高齢者が自立した生活を送れる様に、市町村が行う保健福祉サービス全般・配食サービス・外出支援サービス・寝具洗濯乾燥消毒サービス・軽度生活援助・住宅改修指導・訪問理美容サービス、グループリビング支援等をいいます。

＊５ 生活援助

訪問介護の一つで利用者の代わりに必要な家事を行うことで、利用者本人や家族が行えない日常生活の家事を介護士の視点をもって代行するものです。

具体的には

- ・利用者が生活する場の掃除 ・一般的な食事の支度 ・洗濯 ・買い物
- ・薬の受け取り・見守り 等で日常生活の枠を超えた家事、大掃除、草取り、家具の移動、窓ふき、等は生活援助の対象外です。

＊６ 身体介護 訪問介護の一つで

１ 利用者に直接ふれておこなうもの

２ 利用者の ADL（日常生活動作）や意欲の向上を目的とし、利用者と一緒にこなうもの

３ 専門的知識や技術を必要とするもの

具体的には ・食事介助 ・排泄、更衣、洗面、清拭や入浴介助 ・体位変換、移乗・通院や外出介助 ・利用者が家事を行なう際の安全確保・ともしこなう調理、掃除等の家事 ・服薬介助 ・痰の吸引、経管栄養・嚥下困難者に対する流動食、糖尿病食等の特別な配慮が必要な食事の調理等です。

＊７ 混合介護

原則 １～２割の自己負担の介護保険を利用するサービスと全額自己負担の介護保険適用外のサービスを併せて提供することです。

混合介護が拡大すると、利用者の利便性が高まるとともに事業者の収益の改善にもつながり。そのことにより、職員の給与をあげることが可能になり介護の担い手を増やす可能性も出てきます。現在、混合介護の基準が曖昧なので、自治体によって運用が異なります、そのために厚労省が明確な基準を２０１８年の夏には各自治体に通知を行う予定です。

注：新ルールでは特にデイサービスの柔軟性が広がり、日帰り入浴・食事・理美容以外の買い物代行・外出時の付き添い・巡回検診・物販といった保険外サービスが提供できるようになります。また、デイサービスの施設・人員の休日、夜間の利用のお泊りデイや、体操教室に保険適用外の人の利用も可能になります。

***8 セルフケア**

セルフケアとは、自分自身をケアすること、すなわち自分自身で世話をする・面倒を見ることです。看護開発協議会は、対人関係およびコミュニケーションを通して学習された、ひとりひとりが管理・意図し、自発的に行う自己節制的な行為（機能）と定義しています。・・・フィットネス・健康食品等自己の考えで行うもの

***9 成年後見制度**

介護保険制度と並行して成立した、事業者と契約行為を行う時に、認知症・知的障害・精神障害などの理由で判断能力の不十分の方を支援、保護する法律です。

職務は「本人の財産管理や契約などの法律行為」に限られています。

また成年後見制度には法定後見制度と任意後見制度があります。

- ・法定後見制度は家庭裁判所によって選ばれ、当事者の判断能力の欠如が重度の「後見」・中度の「保佐」・軽度の「補助」の三つに分かれて、本人の事情に応じて制度が選べるようになっています。

- ・任意後見制度は当事者本人があらかじめ選んだ人に代理権を与える契約を公正証書で結んでおくというもので、家庭裁判所が専任する任意後見監督人の監督のもとで契約行為を行うことです。

参考文献：

財務省 HP・厚生労働省 HP・日本経済新聞社記事・NHK・ダイヤモンド社記事・

成清美治、峯本佳世子著書「高齢者に対する支援と介護保険制度」・

井戸美枝著書「介護保険の改正」・石川久著書「福祉行政はやわかり」・

伊奈町福祉課発行「みんなのあんしん介護保険」

看護施設関係 HP（イリーゼ・ベネッセスタイルケア・みんなの介護・ニチイその他）

その他 TV 放映より