KEIZAI DOYUKAI

2019 年度医療・介護システム改革委員会　提言

希望ある超高齢社会を支える介護の枠組み
～DX による生産性革新を通じた処遇改善と質の向上～

2020 年 10 月

公益社団法人　経済同友会

目次

はじめに 1

Ⅰ．介護をとりまく課題 2

１．介護保険創設時の理念と現状との乖離 2

２．深刻な人材不足 3

３．高齢者のさらなる高齢化に伴う需要の増加と地域的偏在 4

４．自立の支援に向かわない報酬・制度体系 5

５．保険財政のひっ迫 9

Ⅱ．三つの提言 11

１．介護人材を惹きつける方策 11

（１）介護職が専門業務に集中できるための業務の棲み分け 11

（２）介護福祉士に対するキャリアプランの提示促進 12

（３）選択的介護の促進 13

２．自立の支援に資する介護の公的枠組みの見直し 13

（１）保険者機能強化推進交付金制度の見直し 使途限定の撤廃 13

（２）要介護度改善に関する加算の介護保険制度内への導入 14

（３）障害者向け就労継続支援事業における要介護認定者の利用促進 16

３．事業者の効率的なサービス提供体制の確立 17

（１）見守り機器の導入促進による介護サービスの生産性革新 17

（２）社会福祉法人の不動産取得時の規制緩和（不動産 REIT の活用） 18

（３）児童福祉施設と社会福祉施設の一体的運用の促進 19

（４）要介護度１～３の利用者に対するサービス付き高齢者向け住宅の利用促進 20

Ⅲ．新型コロナウイルス感染症の拡大による介護現場への影響 21

１．影響 21

２．ニューノーマルを踏まえた平時からの備え 22

おわりに～介護という職業の魅力向上と持続可能な介護の枠組みの構築に向けて～ 24

2019 年度医療・介護システム改革委員会　名簿 25

はじめに

われわれは、新型コロナウイルス感染症により、「健全な社会」のあり方を改めて考えることとなった。今回明らかになったことの一つが、警察、消防、医療、物流等とならび、介護に従事する皆さんが提供するサービスが、われわれの生活にとっていかに不可欠なものかということである。危機に際してもリスクを覚悟してサービス提供を継続する「エッセンシャル・ワーカー」の皆さんは、社会から広く感謝され、尊敬を集めるべき存在である。

介護を必要とする人の割合が高まる**後期高齢者の増加は、団塊の世代が 75 歳を迎える 2022 年以降、これまで以上に加速**する。コロナ禍による一部サービスの供給停止は、介護需要の拡大に伴う人手不足の深刻化という、目前に迫る課題を一足早くわれわれに体感させた。**社会が持続可能であるためには、介護という仕事を、従事者の皆さんが誇りを持ち、若者が憧れるような職業にしなければならない**。そのためには、**義務教育段階から介護サービスの大切さを学ぶ機会を設けるとともに、キャリアアップやサービス価値に見合った報酬等の経済的メリットも充実させる必要**がある。

介護現場の人材不足の要因として、他産業に比べ相対的に報酬が低いこと[1]や、従事者の創意工夫が報われにくい報酬体系、介護福祉士よりも介護支援専門員（ケアマネジャー）の報酬の方が高いこと等が挙げられる。

利用者の状態に応じて身体機能の維持・改善を試みたり、日常的に社会と接点を持てるように工夫したりすることで、利用者は身体的にも心理的にも活力を高めることができる。しかし、**現在の介護報酬体系では、一部の加算を除き、創意工夫がサービス報酬に反映されず、従事者の所得も増えない**。また、**介護福祉士として専門性を高めようとしてもキャリアパスが見えにくい**現状もある。

介護現場で働く人のやる気を引き出す報酬体系に変えるとともに、少ない人員でも質の高いサービスを提供できるよう、**ICT 機器の導入やデータの利活用を加速し、介護現場の負担を軽減し、生産性を革新することが不可欠**である。

本提言は、高齢先進国・日本が、エッセンシャル・ワーカーである**介護職を魅力的なものとし、ライフステージに応じてシームレスに医療・介護サービスを受けられる枠組みの構築**を目指している。人々が安心して歳を重ね、尊厳ある人生を送ることのできる「希望ある超高齢社会」を実現することで、世界から見て「いて欲しい国、いなくては困る国」になるための方策を検討する。

---

[1] 介護職の平均賃金は、月額約 24 万４千円（月給制、UA ゼンセン日本介護クラフトユニオン「2018 年賃金実態調査報告書」）と、全産業平均（月額約 30 万６千円、厚生労働省「平成 30 年度賃金構造基本統計調査」）よりも６万２千円低い。

Ⅰ．介護をとりまく課題

１．介護保険創設時の理念と現状との乖離

老人医療費の増大やいわゆる社会的入院の増加といった課題に対応するため、介護を必要とする人が「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」ことを目的に、介護保険制度が 2000 年に創設された[2]。介護保険法は、保険給付について、「**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない**[3]」と定めている。したがって、介護サービスは、利用者の要介護状態を少しでも良くしたり、悪化を防止したりすることを目的に提供される。

介護保険創設前は、高齢者のニーズに老人福祉・老人医療制度で対応していたため、①利用者がサービスを選択することができない、②競争原理が働かない、③介護を理由とする入院が長期化し、医療費を増加させている――などの課題があった。そこで介護保険制度は、介護サービスのあり方として、自立の支援、利用者本位のサービスの多様化を理念とし、給付と負担が明確な社会保険方式を採用した。

「尊厳のある自立の支援」との乖離

しかしながら、介護保険制度創設時の理念を実現できている介護事業者は多くない。「介護」と聞いてイメージするものは、事業者側も利用者も身の回りの「お世話をする（される）こと」に終始している。利用者のために栄養バランスの取れた食事を提供するサービスはあっても、利用者が自らお茶を入れることができるように支援する介護サービスは少ない。介護保険法の理念を踏まえれば、**利用者はサービスの受け手ではなく、その能力に応じて日常生活動作を維持・改善させるサービスの主役**である。利用者が、**社会や地域に参加できている、それぞれの状態に応じ自身の能力を維持できていると実感できるようサポート**する[4]ことこそが、真に質の高い介護サービスである。

---

[2] 介護保険法第１条。

[3] 同法第２条２項。

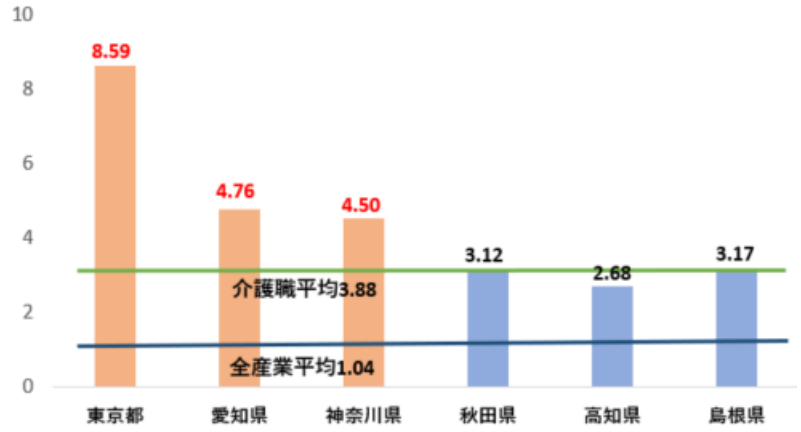
[4] 藤沢市の小規模多機能型居宅介護・デイサービス・グループホームを展開する株式会社あおいけあでは、介護保険法の「自立の支援」を実現するため、利用者自身が地域で貢献できる活動（例えば地域の清掃活動など）ができるよう介護者がサポートする介護を行う。利用者が地域の中で活動し、自身の経歴を活かした地域活動を行ってもらうことで多くの利用者の要介護度が改善・維持している。「KAIGO LEADERS FORUM 2019 イベントレポート」https://heisei-kaigo-leaders.com/activity/KLF201902

２．深刻な人材不足

概況（新型コロナウイルス感染症拡大以前）

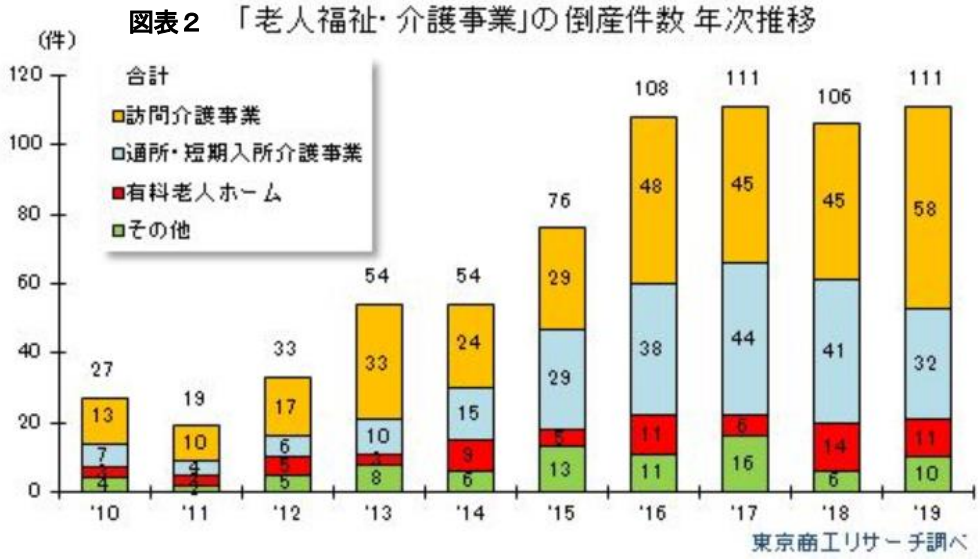
介護人材の不足は、都市部を中心にきわめて深刻である（図表１）。2019 年１～12 月の「老人福祉・介護事業」倒産件数は、集計開始以来、過去最多（111 件、2017 年）に並んだ[5]（図表２）。この背景には人手不足がある。介護サービスに従事する職員について、７割近くの事業所（67.2%）が不足感を感じており、理由としては「（同業他社との人材獲得競争が厳しく）採用が困難である」が多い（89.1%）[6]。介護を必要とする高齢者数の急増が見込まれる中、介護を志す人材が増えなければ、供給が追い付かず、多くの高齢者や家族が困難な状況に陥ってしまう。

図表１：介護職の地域別有効求人倍率（2020年8月）



出典：厚生労働省『一般職業紹介状況（令和２年２月分）』、各地域労働局統計

図表２　「老人福祉・介護事業」の倒産件数 年次推移



出典：東京商工リサーチ

---

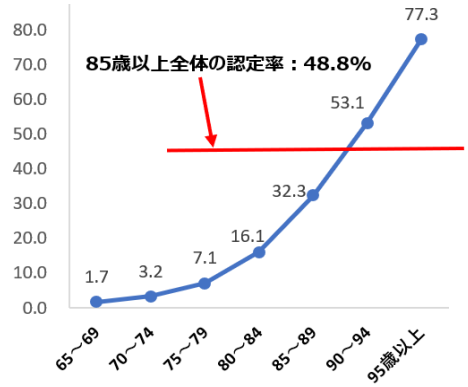
[5] 東京商工リサーチ「2019 年「老人福祉・介護事業」倒産状況」https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20200107_01.html

[6] 介護労働安定センター「平成 30 年度『介護労働実態調査』の結果」http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2019_chousa_kekka.pdf

３．高齢者のさらなる高齢化に伴う需要の増加と地域的偏在

高齢者数の増加と高齢者の平均年齢の上昇により、介護需要は 2040 年にかけて急速に増加する。要介護認定率は 85 歳を超えると急速に高まる（図表３）。現状、高齢化率は都市部より地方において高いが（図表４）、東京都と神奈川県では、2019 年から 2040 年にかけ、85 歳以上人口が約 70 万人増加する（図表５）。団塊世代が 85 歳になる 2035 年頃、介護人材不足は、都市部でより深刻化することが見込まれる。

図表３　年齢別要介護認定率の推移（%）



出典：総務省統計局人口推計及び厚生労働省『介護給付費等実態統計月報（令和元年 10 月審査分）[8]』

図表４：高齢化率の高い都道府県（2018年）

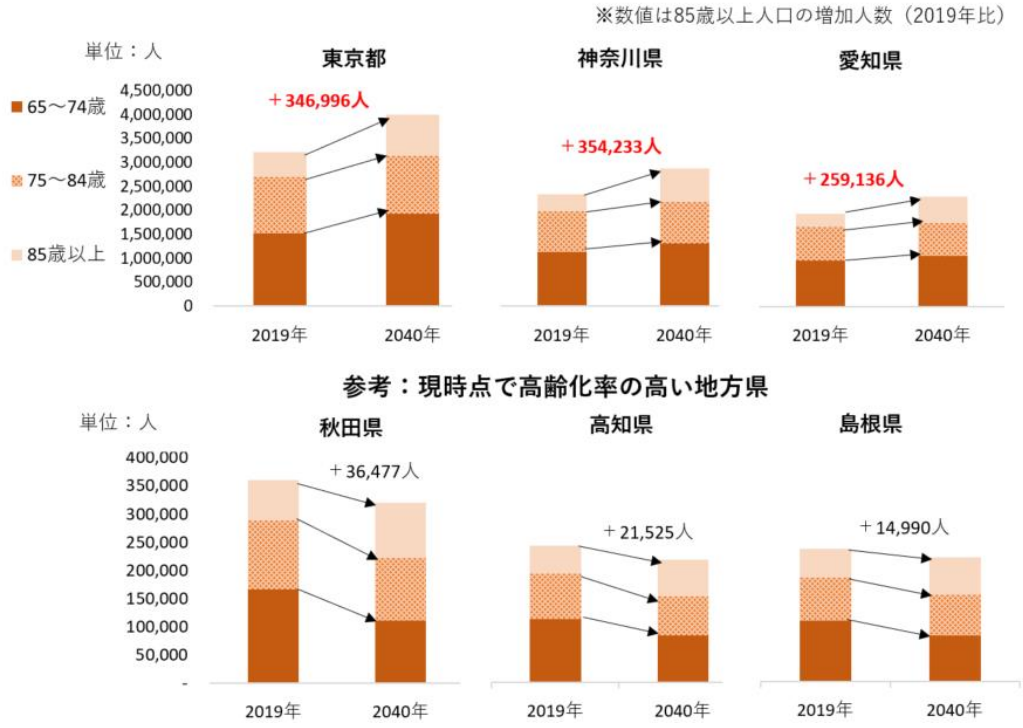
都道府県	2018年	2045年
秋田県	36.40%	50.10%
高知県	34.80%	42.70%
島根県	34.00%	39.50%

（参考）都市部の高齢化率（2018年）

都道府県	2018年	2045年
神奈川県	25.10%	35.20%
愛知県	24.90%	33.10%
東京都	23.10%	30.70%

出典：内閣府『令和元年版高齢社会白書[7]』

図表５：今後後期高齢者の急増が見込まれる都県



出典：総務省統計局、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』

[7] https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_04.pdf
[8] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2019/10.html

４．自立の支援に向かわない報酬・制度体系

（１）要介護度が改善しても報酬面のインセンティブがない

現行制度

介護保険サービスの基本報酬は、要介護度が重いほど高く設定されている[9]。要介護状態の区分別に介護保険から給付される上限額（区分支給限度額）が決められており、要介護度が高いほど、利用者はより多くの給付を受けることができる（図表６）。利用者は、限度額までは所得に応じてサービスにかかった費用の１割、２割もしくは３割を負担し、限度額を超えた分は全額自己負担となる。介護サービスの利用に必要なケアプラン作成費用（居宅介護支援費）は、保険者である市区町村が全額負担するが、こちらも要介護１・２よりも要介護３・４・５の報酬が高く設定されている（図表７）。

なお、**利用者の状況に即したケアプラン・介護サービス提供により、要介護度が改善した場合も、その成果に対応した報酬上のインセンティブはない。**

図表６：要介護状態に伴う区分支給限度額

要介護状態区分	区分支給限度額（自己負担１割で介護保険の給付対象となる１か月当たり上限額）
要支援1	50,320円
要支援2	105,310円
要介護1	167,650円
要介護2	197,050円
要介護3	270,480円
要介護4	309,380円
要介護5	362,170円

(注)額は介護報酬の１単位を10円として計算。

出典：厚生労働省第 168 回社会保障審議会ー介護給付費分科会『2019 年度介護報酬改定について』より

図表７：居宅介護支援費の報酬イメージ（月ごと）

	要介護１・2	要介護３・4・5
居宅介護支援費Ⅰ（40件未満）	1057単位	1373単位
居宅介護支援費Ⅱ（40件以上60件未満）	529単位	686単位
居宅介護支援費Ⅲ（60件以上）	317単位	411単位

※介護支援専門員1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制を適用

出典：厚生労働省第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会『居宅介護支援（参考資料）[10]』より

---

[9] どのサービス形態も要介護度が悪化するほど、報酬の基準となる単位数が高まる。厚生労働省告示第百一号 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000537337.pdf

[10] 厚生労働省「居宅介護支援」https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf

現行制度の弊害

現行の報酬体系の下では、介護従事者が介護保険法の定める「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する」サービスを提供した場合もそうでない場合も、公定価格のため、要介護度が同じであれば報酬は変わらない。むしろ要介護度の悪化が収入増につながる制度は、サービスの質向上に対するインセンティブが働かない点で問題であり、これに疑問を感じている事業者や基礎自治体[11]も存在する。本来、要介護度が改善することは利用者にとって喜ばしいことであり、介護現場で働く職員にとっても同様である。しかし、報酬が下がるために経営層が喜ばしいと思えない[12]ようでは、働く職員のモチベーションに大きく影響する。一方で、要介護度が重くなればなるほど、身体・認知機能の改善を期待することは現実的に難しい。したがって、事業所に対し、自立支援を促進するインセンティブを強化する際には、介護事業所が軽度の要介護認定者のみを受け入れるような事態とならないよう、重度の要介護者への十分な配慮も必要である。

また、要介護度の認定方法の見直しも必要である。本来、同じ状態の人であれば認定される要介護度は同じであるべきだが、保険者や調査員により、ばらつきがみられる。この要因として、①一次調査が認定調査員による聞き取りで行われているため、機械と異なり、評価にばらつきが出ること、②**介護保険創設時には想定しなかった認知症の方の増加など、身体機能の度合と介護にかかる手間が比例しない**こと――が挙げられる。**VISIT（通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ）や CHASE（VISIT を補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ）といった介護情報データベースの蓄積を急ぎ、要介護度認定についても、デジタル技術を活用し、より客観的な方法へと見直しを図るべき**である。

（２）保険者機能強化推進交付金における要介護度改善のインセンティブの不在

概要

こうした問題意識も踏まえ、政府は、高齢者の自立支援・重度化防止につながる取り組みを積極的に行った都道府県・市町村を評価する制度として、2018 年度に「保険者機能強化推進交付金」を創設した。当初予算額は 200 億円（市町村 190 億円、都道府県 10 億円）だったが、2020 年度は「介護保険保険者努力支援交付金」を新設し、400 億円を計上した（図表８）。「介護保険保険者努力支援交付金」の使途は、介護予防や健康づくりに関する取り組みに限られ、政府が介護予防に重点を置いている姿勢が伺える。

---

[11] 品川区、川崎市、岡山市などを含む全国９自治体で構成する「介護サービス質の評価先行自治体検討協議会」は、2016 年に「質の評価に向けた提言」、2017 年に「介護報酬へのアウトカム評価導入についての要望」を厚生労働省に提出している。

[12] 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（2017 年８月 23 日）では、介護事業者が（要介護度が改善すると）報酬が減るとする意識について問題視する意見が出た。委員の武久洋三・日本慢性期医療協会会長は「（入院）当初は多くの検査・投薬などが必要で診療報酬が高い（収入が多い）が、徐々に回復し診療報酬は減っていく。しかし、こうした時に『収入が減るので困るな』という医師はいない。介護でも同様に考えるべきではないか」と発言した。

図表８：インセンティブ交付金の予算内訳

	予算	指標
市町村	介護保険保険者努力支援交付金 190億円 ※予防・健康づくりのみに活用	予防・健康づくりの 重要項目
	保険者機能強化推進交付金 190億円	基本的項目＆ 予防・健康づくり
都道府県	介護保険保険者努力支援交付金 10億円 ※予防・健康づくりのみに活用	予防・健康づくりの 重要項目
	保険者機能強化推進交付金 10億円	基本的項目＆ 予防・健康づくり

出典：厚生労働省『全国厚生労働関係部局長会議資料[13]』

交付金制度の限界（要介護度改善に対するインセンティブの不足）

保険者機能強化推進交付金は、市町村、都道府県それぞれの評価指標（図表９）の達成度に応じて交付される。市町村の評価指標の中には「（７）要介護状態の維持・改善の状況等」が含まれ、要介護度が軽度の要介護１・２と、中重度の要介護３～５に分け、それぞれの要介護認定等基準時間の変化、平均要介護度の変化について、それぞれの一定期間の変化率を評価する。また、健康寿命を延伸する取り組みを促す観点から、要介護度２以上の認定率と認定率の変化率を評価している。

このように、交付の評価基準には「要介護状態の維持・改善」が入っているにもかかわらず、要介護状態の改善などサービスの質向上に資する地方公共団体の独自事業（既存事業を継続する場合）に同交付金を利用することは認められていない。

「介護サービス質の評価先行自治体検討協議会」の構成員で、要介護度の改善に対し、独自にインセンティブを付与している地方公共団体にインタビューを実施したところ、保険者機能強化推進交付金を、要介護度改善を目的とした独自事業に利用できている団体はなかった。

[13] https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/8_roken-01.pdf

図表９：2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標

市町村の評価指標	
Ⅰ ＰＤＣＡサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	
Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進	
	（１）介護支援専門員・介護サービス事業所等
	（２）地域包括支援センター・地域ケア会議
	（３）在宅医療・介護連携
	（４）認知症総合支援
	（５）介護予防／日常生活支援
	（６）生活支援体制の整備
	（７）要介護状態の維持・改善の状況等
Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進	
	（１）介護給付の適正化等
	（２）介護人材の確保
都道府県の評価指標	
Ⅰ 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題の把握と支援計画	
Ⅱ 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容	
	（１）保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定に係る支援
	（２）地域ケア会議・介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援
	（３）生活支援体制整備等に係る支援
	（４）自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援
	（５）在宅医療・介護連携携に係る支援
	（６）認知症総合支援援に係る支援
	（７）介護給付の適正化に係る支援
	（８） 介護人材の確保・生産性向上に係る支援
	（９）その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業
Ⅲ 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	

出典：厚生労働省『2020 年度保険者機能強化推進交付金/介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標[14]』

[14] https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000610972.pdf

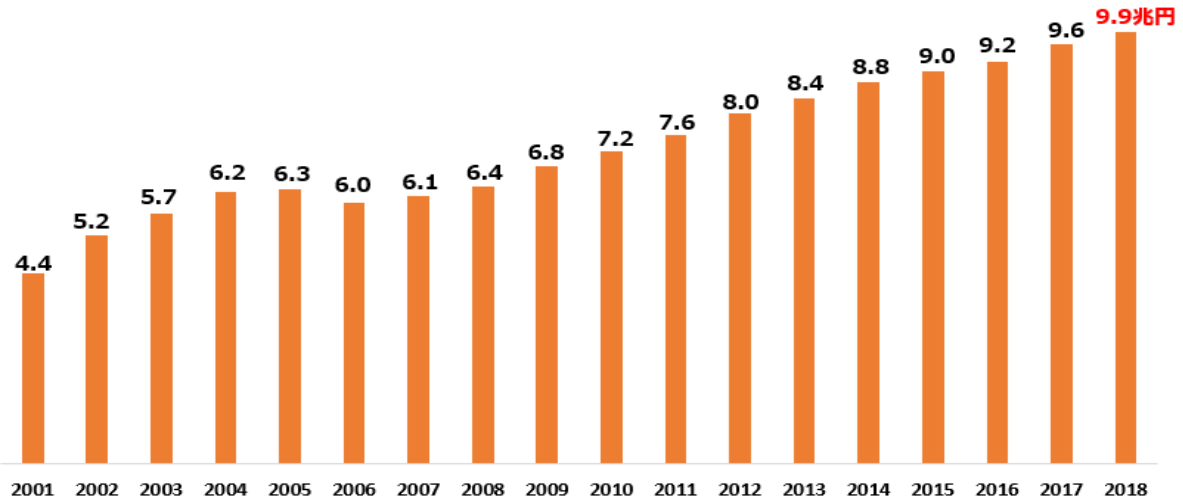
５．保険財政のひっ迫

危機的な介護保険財政

介護給付費は年々増加し、実績ベースで 2018 年度は 10 兆円に迫っており（図表 10）、65 歳以上の第 1 号被保険者が支払う保険料も増加している（図表 11）。財源は、保険料、税がそれぞれ約 50%を占めており（図表 12）、高齢者数の増加と高齢者の高齢化に伴い、介護給付費の急激な増加が見込まれている。

図表 10　介護費用の推移（実績値）

単位：兆円



出典：厚生労働省：『平成 30 年度介護給付費等実態統計の概況[15]』

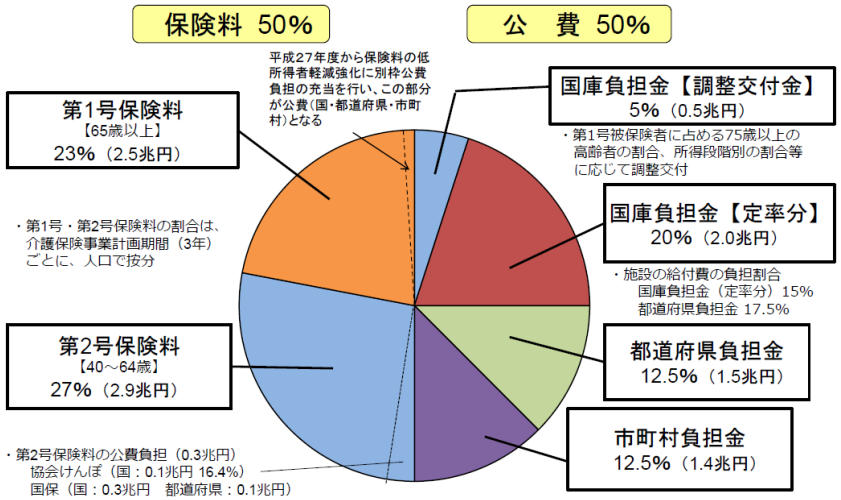
図表 11：65 歳以上の第 1 号被保険者が支払う介護保険料推移（月額）

第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	第 6 期	第 7 期
2000～2002	2003～2005	2006～2008	2009～2011	2012～2014	2015～2017	2018～2020
2,911円	3,293円	4,090円	4,160円	4,972円	5,514円	5,869円

出典：厚生労働省

[15] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/18/index.html

図表 12：介護保険の財源の内訳

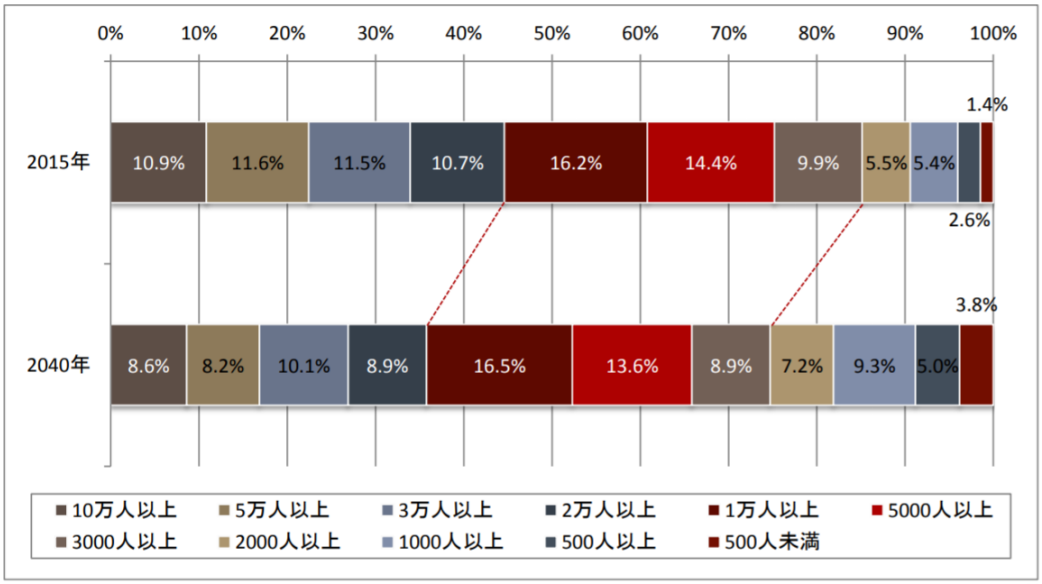


出典：厚生労働省社会保障審議会第 75 回介護保険部会『介護保険制度をめぐる状況について[16]』

保険者規模の適切性

2015 年と 2040 年を比較すると、15～64 歳の住民が 2 万人以上の保険者が減少し、3,000 人未満の保険者が増加する（図表 13）。**保険財政規模の小さい保険者が増加することで、多くの保険者の財政が不安定化する**ことが予想される。

図表 13：生産年齢人口規模別保険者数分布



（出典）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（2013）年 3 月推計）」より算出

出典：厚生労働省『2040 年を見据えた各保険者における
今後の介護給付費等の見通しに関する調査研究事業[17]』

[16] https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf
[17] https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136600.pdf

Ⅱ．三つの提言

１．介護人材を惹きつける方策

これまで見てきた通り、介護現場は人手不足が深刻であり、多くの人材を介護現場に惹きつけることが必要だが、これまで介護職の尊さが社会に十分認められてきたとは言えない。介護が必要な家族を高齢者施設等に預けて働く人も多いが、介護職を「誰でもできる仕事」と考える傾向はないか。

コロナ禍を契機にこうした認識を改め、職員がより成長できる環境づくりなどを通じ、介護職の魅力を高めていくべきである。新たな人材を惹きつけ、辞めないようにするためには、①介護をやりたいと思って就職した人が**対人サービスに集中できるようにする**こと、②介護業界で長期的に働くにあたり、将来的な**キャリアパス・給与体系が見通せるようにする**こと――が必要である。

（１）介護職が専門業務に集中できるための業務の棲み分け

現状、介護職は、多岐にわたる業務を担っている。三大業務と呼ばれる「食事」「入浴」「排泄」の介助のほか、居室やフロアの掃除、食事の配膳・下膳、食器洗いなどの専門性を有しない周辺業務[18]も多い（図表 14）。

図表 14：三重県で介護助手に切り分ける前に介護職員が従事していた周辺業務

業務内容	割合（%）
ゴミ出し	48.0
植栽水やり	12.0
掃除（フロア）	68.0
掃除（浴室）	40.0
掃除（トイレ）	48.0
掃除（居室）	64.0
ベッドメイキング	76.0
食器等洗い	56.0
湯はり	8.0
フロア物品の補充	52.0
洗濯物回収・配布	56.0
洗濯	20.0
居室物品の補充	32.0

業務内容	割合（%）
配膳・下膳	68.0
義歯洗浄	12.0
起床声掛け	0.0
ナースコールの一次対応	4.0
利用者の話し相手	60.0
レクの手伝い	32.0
整髪・ドライヤーがけ	20.0
食事介助	20.0
とろみ付け	16.0
記録補助（食事摂取量・体温等）	0.0
車いす移動	28.0
歩行付き添い	12.0
見守り	52.0
その他	16.0

出典：三重県『介護助手導入実施マニュアル　第４章資料編』

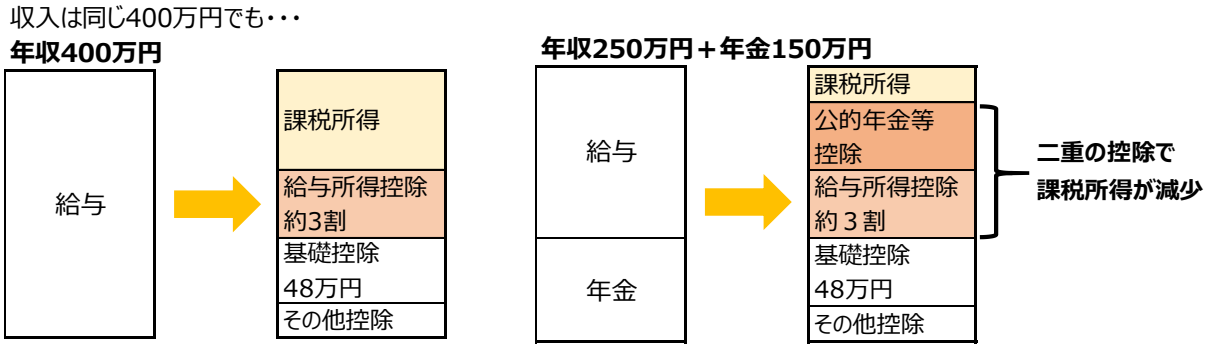
介護従事者が、利用者とのコミュニケーションや身体介護、利用者のニーズと状態に応じた介護サービスメニューの検討等の「介護業務」に集中できるようにするためには、**比較的負担が少なく専門性を有しない業務を切り分け、元気な高齢者や短時間労働が可能な人材に担ってもらうべき**である。実際、こうした取り組みを導入した三重県の介護施設で

[18] 三重県「介護助手導入実施マニュアル　第４章資料編」
https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000827851.pdf

は、離職率の低下が見られている[19]。そこで政府は、介護助手として活躍することに対し、インセンティブを設けるべきである。

現状、公的年金は雑所得に区分されており、給与所得があれば、給与所得控除と公的年金等控除が二重適用されている（図表 15）。介護助手候補者として期待の大きい高齢者の就労を促進するためにも、こうした制度を是正する必要がある。

本会が既に提言[20]している通り、公的年金の所得区分を給与所得に変更し、公的年金等控除を給与所得控除に一本化した上で、「介護助手従事者控除」の創設を提言する。「介護助手従事者控除」とは、保険者が認定する介護助手[21]として 1 年以上・平均して週 12 時間以上 20 時間以下就労した場合、介護助手の就労で得た所得を課税対象所得に含めないこととするものである。これには、年金受給者や短時間労働が可能な現役世代の介護助手としての就労を促進し、介護人材のすそ野を拡大する効果が期待できる。



図表 15：給与所得のみと、給与所得と年金の場合の控除の比較

（２）介護福祉士に対するキャリアプランの提示促進

介護職を魅力あるものにするためには、**将来的なキャリアパス・給与体系が見通せることも必要**である。大規模介護事業者は、モデル年齢、モデル給与とともに具体的なキャリアパスを明示[22]し、魅力ある就労モデルを社会に提示していくべきである。人材不足が加速

---

[19] 三重県「『介護助手』モデル事業」では、2015 年度から、シーツ交換など簡単な作業を短時間行う「介護助手」事業を開始。介護助手を導入した県内 20 か所の施設の離職率（平均）は 11.4%（2015 年度）から 9.4%（2018 年度）に低下した 。

[20] 経済同友会提言『未来への希望を拓く税制改革～４つの視点からのアプローチ～』 https://www.doyukai.or.jp/policyproposals/articles/2016/pdf/161003a.pdf

[21] 本提言では、介護助手を「介護福祉士などの専門職の負担を軽減するため、専門を有しない業務に従事する者で、１年以上・平均して週 12 時間以上 20 時間以下就労する者」とする。認定には、介護助手を雇用する介護施設が介護専門職の負担軽減を行う目的で介護助手を雇用する計画書を提出するなどして、保険者に認定してもらう。

[22] 例えば、介護業界シェア２位の SOMPO ホールディングスでは、介護事業を運営する SOMPO ケア採用 HP でキャリアプランのモデルを明示や、その実現のために必要な各種資格の補助を行っている。SOMPO ケア「多様なキャリアプラン」https://recruit.sompocare.com/work/careersupport/

するなか、より良い人材を確保する必要に迫られた小規模事業者にも、こうした取り組みが徐々に拡がることで、介護業界が働く場としてより魅力的なものになることを期待する。

（３）選択的介護の促進

先に述べた通り、**公定価格であることが、要介護度を改善・維持するような質の高いサービス提供へのインセンティブを削いでいる**。こうしたなか、スキルや経験を持った介護職の所得を増やす仕組みとして期待されるのが「選択的介護」である。選択的介護とは、「介護保険サービスと保険外サービスを明確に区分し、柔軟に組み合わせて提供することで、利用者の利便性やサービスの質の向上、介護事業者のサービス提供効率の向上や介護職員の処遇改善等の効果をめざすもの[23]」と定義される。**現行制度は、保険内サービスと保険外サービスの区分の明確化を求めすぎるあまり、事業者、利用者双方にとって非効率**である[24]。今後は、**介護需要を効率的に満たすとともに、事業者の創意工夫を妨げることのないよう、規制を緩和し、ヘルパーに対する指名料（保険外）の徴取を含め、保険内サービスと保険外サービスの一体的提供を可能にすべき**である。

２．自立の支援に資する介護の公的枠組みの見直し

（１）保険者機能強化推進交付金制度の見直し

使途限定の撤廃

先に述べた通り、現状では、自治体独自のインセンティブ付与事業に保険者機能強化推進交付金を活用することができていない。同交付金の目的が、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者や都道府県の取り組みを支援することであるなら、新規事業のみならず、**自治体の裁量で要介護度の維持・改善に資するような事業に広く活用できるようにすべき**である（図表 16）。

---

[23] 豊島区「選択的介護モデル事業について」https://www.city.toshima.lg.jp/428/kaigo/1807100923.html

[24] 一例として、ホームヘルパーが利用者宅を訪れ、介護保険サービスの調理を行うケースが挙げられる。カレーのような煮込み料理は１人分でも２人分でも調理の手間は変わらないが、介護保険サービスである以上、要介護認定を受けた人の分しか提供することができない。仮に同居家族の分も提供する場合は、保険内サービスと保険外サービスを明確に区分する観点から、一度事業所に戻って出直すか、最低でもお鍋等の調理器具を一度すべて洗い、エプロンを付け替えた上で、改めて調理を開始しなければならない。

図表16：インセンティブ交付金の予算内訳【改正案】

	予算	指標	使途
市町村	介護保険保険者努力支援交付金 190億円 ※予防・健康づくりのみに活用	予防・健康づくりの 重要項目	予防・健康づくり
	保険者機能強化推進交付金 190億円	基本的項目＆ 予防・健康づくり →	使途を限定しない利用へ
都道府県	介護保険保険者努力支援交付金 10億円 ※予防・健康づくりのみに活用	予防・健康づくりの 重要項目	予防・健康づくり
	保険者機能強化推進交付金 10億円	基本的項目＆ 予防・健康づくり →	使途を限定しない利用へ

自立の支援に重みづけした配点

保険者機能強化推進交付金の交付基準の評価指標の中には、「⑮自立支援・重度化防止に取り組む介護サービス事業所に対する評価を実施しているか」という項目があり、一定の配点がある（20 点）。しかし他の指標（２～50 点の間で点数付け）と比べ、十分な重みづけができているとは言えない。現状、幅広い項目に満遍なく取り組む自治体が評価される体系になっているが、細分化され過ぎているため、**優先課題にメリハリをつけた配点とすべき**である。具体的には、**人材確保・自立支援、重度化防止などを優先課題**とし、他よりも高い 50 点とする。また、**利用者の参加率や予算額など、定量的に評価可能な指標も取り入れるべき**である。

（２）要介護度改善に関する加算の介護保険制度内への導入

要介護度改善に貢献した事業者を評価することや、自立支援、重度化防止を重視した取り組みは、先進的な地方公共団体の一般会計や先述したような交付金を財源に進められている。しかし、こうした取り組みが全国に広まるためには、介護保険制度内にインセンティブを組み込む必要がある。

同時に、介護保険の報酬体系に要介護度改善に対するインセンティブを組み込む際には、要介護度改善の見込みが低い高齢者等の受入が阻害[25]されることがないような配慮も必要である。

[25] 全国の特別養護老人ホームと通所介護事業所などで構成する全国老人福祉施設協議会は、自立支援の効果を測る尺度として要介護度を用いることに反対する意見書を、当時の厚生労働大臣に提出している 。https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/303205/28-02.pdf

日常生活動作（ADL）[26]維持等加算の拡充

2018 年度の介護報酬の改定で「ADL 維持等加算」と呼ばれる介護サービスの質の評価に対するインセンティブが介護保険内ではじめて制度化された。ADL 維持等加算は、食事、排せつ、入浴などの日常基本動作を 10 項目に分類し、それぞれの自立・部分介助の段階から自立度を測る指標（バーゼルインデックス）を用いて、評価される。

一方、本加算の対象は、通所介護事業所のみであり、加算単位も３単位または６単位[27]と少ない。実際、ADL 維持等の加算の算定があるのは、対象事業所全体の 2.6%であり、バーゼルインデックスの手法を用いて評価することの負担に加え、加算単位数が少ないことが阻害理由として挙げられた[28]。加算のためにかかる手間やコストに比べ加算される単位数が割に合わなければ、事業所として加算に踏み切ることは難しい。

したがって、今後自立の支援を促進する観点から以下の通り提言する。

（ⅰ）**ADL 維持等加算の対象を**通所のみならず、**すべての介護事業所に広げる**こと
（ⅱ）**ADL 維持等加算の加算単位を「個別機能訓練加算」**（46 単位または 56 単位）**と同等に高める**こと
（ⅲ）**自立支援に関連する加算を統合**し、機能回復を目的としたストラクチャー（人員の配置）、プロセス（計画）、アウトカム（機能改善の結果）を通じた**一体的な加算とする**こと

（ⅰ）（ⅱ）については、対象を広げ、加算を高めることで、より多くの事業所が自立の支援を目指すようにする。きちんと基準を満たし加算をとったことは、事業所にとってもアピールポイントになる。利用者も、機能改善を目的として介護サービスを利用するなら進んで負担するはずだ。現場で自立支援に取り組む職員にインセンティブを与えるためには、国、自治体、介護事業所の経営者がそうした創意工夫を活かせる仕組みを整えなければならない。

（ⅲ）については、現行の「個別機能訓練加算」は主に、計画づくりなどのプロセスを評価する。加算単位も最大で 56 単位（１日あたり）でインパクトがあるため、届出割合も大規模事業者では 77.7%[29]と高い。一方、現在の制度は、プロセス、ストラクチャー（人

---

[26] 日常生活活動度（Activities of daily living；ADL）とは、人が生活を送るために行う活動の能力のこと。基本的 ADL とは移動、階段昇降、入浴、トイレの使用、食事、着衣、排泄などの基本的な日常生活活動度を示す。日本老年医学会 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_03.html

[27] 例えば、訪問介護で身体介護が中心である場合の、所要時間 30 分以上１時間未満の場合、395 単位。加算取得のための手間の割に加算の単位が少なければ、加算を目指す事業所も広がらない。

[28] 厚生労働省「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業（結果概要）（案）」https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000613241.pdf

[29] 個別機能訓練加算ⅠもしくはⅡを届け出る大規模事業者の割合。厚生労働省介護給付費分科会「（３）リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究（結果概要）」

員配置など)、アウトカム（結果）が一体的な加算となっていない。したがって、事業所が立てた計画に基づき、人員やケアの方法を決め、その結果を精査することで計画やケアの妥当性を評価し、PDCA を回すことでより良いサービスを模索する必要がある。国は、こうした取り組みを行う事業所を評価できるよう自立支援に関連する加算を統合し、一体的な加算とすべきである。

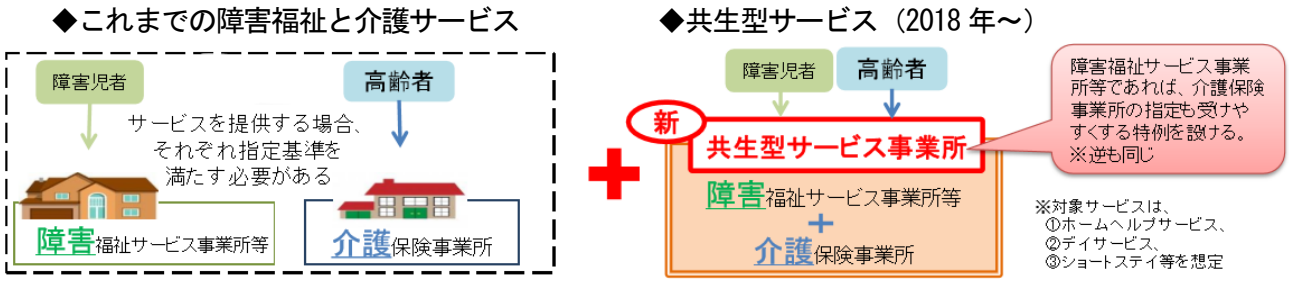
（３）障害者向け就労継続支援事業における要介護認定者の利用促進

高齢になり、要介護認定を受けても地域社会に参画し貢献したい人は多い。要介護認定を受けた途端に「お世話される人」になるのではなく、そうした人々が当たり前に社会や地域で活躍できる場を作る必要がある。

そこで、現状では主に障害者をターゲットとする**就労継続支援事業Ｂ型**[30]**を、要介護認定を受けた高齢者層も利用しやすくすべき**である。現行制度は、要介護認定者が就労することが想定しておらず、要介護認定者が社会に役立っているという実感を持てる機会が少ない。通所型介護事業所等の「レクリエーション」には前向きでない高齢者であっても、地域貢献を「仕事」として依頼されれば、モチベーションを持って取り組めること[31]も多い。

こうしたなか、65 歳を境に、障害者が長年通い慣れた障害者施設を利用できなくなるという課題に対応し、2018 年に導入された「共生型サービス」（図表 17）では、「介護保険」と「障害福祉」どちらか一方の制度指定を受けている事業所が、両方の制度の利用者（障害児・障害者、高齢者）に一体的にサービスを提供できるようになった。

図表 17：共生型サービスの概要



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント[32]」

---

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000126173.pdf

[30] 就労継続支援 B 型事業は、①就労経験があるもので年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者、②50 歳に達している者又は障害基礎年金 1 号受給者、③①及び②に該当しないもので、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面にかかる課題等の把握が行われている者が利用可能。厚生労働省「障害者の就労支援対策の状況」https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000571840.pdf

[31] 町田市の地域密着型通所介護事業所「DAYS BLG!」では、通所するメンバーにその日一日何をするか自分で決めてもらい、企業や保育園等からのニーズに沿った仕事（地域のカーディーラーにおける洗車作業、保育園での絵本の読み聞かせ等）を行う。健康長寿ネット「認知症でも地域に役立つつながりを創る新しいデイサービス」https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/jirei/tsunagari-kai.html

[32] https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf

つまり、**要介護認定を受けた高齢者が、就労継続支援施設を利用することも可能**である。要介護状態となっても、地域社会と関わりながら、「生きがい」を持って暮らしていけるようにサポートする[33]ことも自立の支援に資する重要な取り組みの一つであることから、**政府は、制度の周知を徹底する等、要介護認定者による就労継続支援施設の利用を促進すべき**である[34]。

３．事業者の効率的なサービス提供体制の確立

介護現場の生産性革新がなぜ必要なのか

介護需要の急増が見込まれる中、人材不足が劇的に改善することは想定しにくい。従事者の業務負担を極力軽減し、少ない人員で質の高い介護サービスを提供する取り組みの加速が必須である。ICT 機器の活用により、生産性革新を実現している介護事業者[35]も存在することから、より多くの事業者がこうした取り組みを推進するようなインセンティブの強化が求められる。

（１）見守り機器の導入促進による介護サービスの生産性革新

介護現場へのセンサーをはじめとする **ICT 機器の導入を促進するためには、見守り機器等導入時の人員配置基準の緩和や加算単位の増加が必要**である。現状、見守り機器は夜勤職員 0.1 人分とみなされているが、この程度の緩和では、夜勤職員が 10 名以上いない限り、人員を減らすことができず、施設にとってのメリットが乏しい。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設を対象とする「夜間職員配置加算」は、夜間に見守り機器の台数を入居者数の 15%以上配置し、介護職員の最低配置基準より 0.9%[36]より多く配置した場合、見守り機器をユニット型の場合、入居者数 20 人に対して夜勤職員 0.1 人分相当とみなすものである。しか

---

[33] 要介護者認定を受けた人の社会包摂の事例として、例えば、京都府の高齢者福祉施設「西院」の事例がある。2013 年から開始した「Sitte」プロジェクトでは、要介護認定を受けた高齢者や認知症の方が付加価値の高いまな板を加工、販売し、代わりに地域商店街の利用券を謝礼として受け取ることで、利用者の社会参加活動をより意味のあるものにしている。「西院」もかつては利用者を「お世話する」介護が中心だったが、利用者が働く経験を通して、社会活動の参加に意欲が見られ、謝礼を利用して地域へ出かけて社会との接点が増加するなど、生活の質が大きく向上した。服部真治（医療経済研究機構）「高齢者福祉施設　西院『sitte』プロジェクト～デイサービスにおける社会参加活動の取組～」

[34] 介護の事業所で障害の認定を受けたものが 400 前後、障害の事業所が新たに介護の指定を受けたものが 100 未満で、数は必ずしも増加していない。2019 年 10 月 16 日経済同友会講演。「地域共生社会の推進と介護保険制度の見直しについて」尾崎守正・厚生労働省老健局振興課長

[35] 介護職員と利用者の配置は全国平均で 2.0 人だが、善光会では ICT の導入により、2015 年の 1.86 人から 2019 年に 2.79 人と劇的に改善した。2019 年 12 月 5 日経済同友会による介護関連施設視察。「善光会の取り組みについて」宮本　隆史・善光会理事/最高執行責任者/統括施設局長

[36] 厳密には「月全体の総夜勤時間数の 90%について、夜勤職員の最低基準を１以上上回る」こと。厚生労働省「『平成 30 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成 30 年３月 23 日)』の送付について」https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2018/0326123437853/ksVol629.pdf

し、現時点で、見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出率は7.1%[37]であり、前年度（5.8%）に比べて微増したものの広がっていない。最大の理由は、高額な機器の導入コストに見合う、加算のインパクトが少ない[38]ことであり、導入コストに見合う加算を設定することで、導入障壁を下げるべきである。

人材不足の深刻化により介護サービス供給を維持できないという事態を防ぐため、ICT機器の導入・活用を加速しなければならない。また、メーカーが介護現場で真に使える機器を供給するよう、効果の測定・検証も進めるべきである。データが蓄積され、効果的で効率的な介護サービスが提供されるようになれば、中長期的には介護給付費も抑制される。デジタル化の遅れが著しい介護領域は、菅政権が取り組む日本社会のデジタルトランスフォーメーション（DX）の一丁目一番地であるべきである。

（２）社会福祉法人の不動産取得時の規制緩和（不動産 REIT の活用）

社会福祉法人は、社会福祉事業という公益性が高い事業を、継続的かつ安定的に経営するため、事業に供する不動産は原則「取得」することとなっており、ゆえにそれに見合った公費も投入されている[39]。

介護事業を営む社会福祉法人が、本来の役割である介護サービスの提供とオペレーションの効率化に集中できるようにし、また社会福祉法人に投入される公費を適正化する観点から、社会福祉法を改正し、介護事業者向け不動産ファンドの保有する不動産の賃貸利用を認めるべきである[40]（図 18）。

---

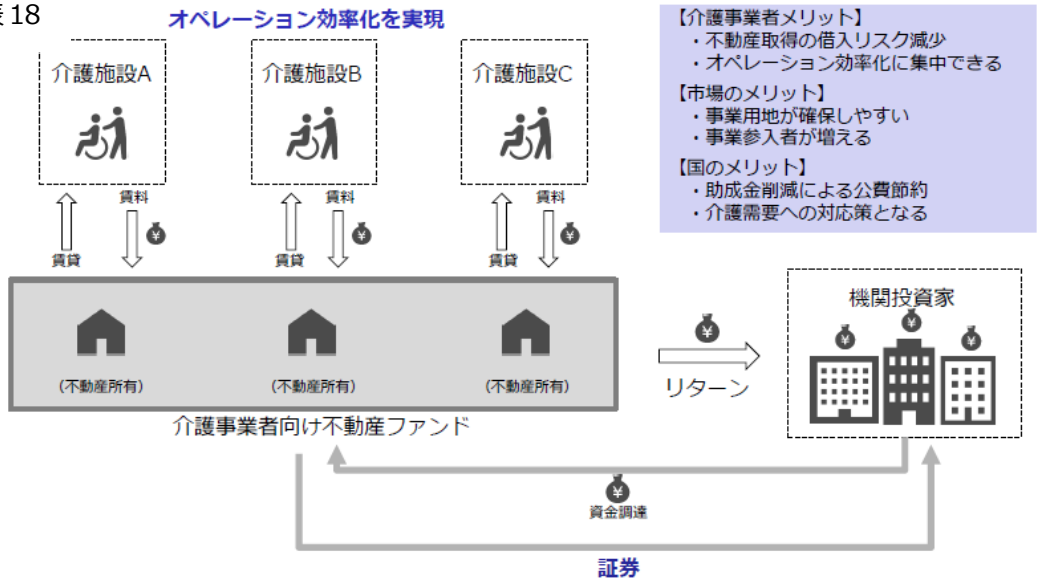
[37] 厚生労働省介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会「（３）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（結果概要）（案）」https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000612885.pdf

[38] 善光会の試算では、夜勤職員配置加算を取得しても１施設で年間 60 万円程度の加算にしかならないとする。規制改革推進会議医療・介護ワーキング・グループ「介護現場での AI・ICT・ロボットの活用の可能性と課題」https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/wg/iryou/20200121/200121iryou01.pdf

[39] 社会福祉法第 25 条。

[40] 善光会の試算によれば、年間収益約 32 億円、費用を差し引いて利益率約 10%で実質利益が３億円の場合、固定資産税の追加があっても、ある程度の規模と利益率が確保されれば、支払総額が不動産ファンドへの調達価格を上回るとする。特別養護老人ホームが年間 250～500 施設新設されることを考えると、１施設３億円の助成金換算で、年間 700 億円～1500 億円の削減効果がある。

図表 18



出典：善光会「善光会の取り組みについて」[41]

（３）児童福祉施設と社会福祉施設の一体的運用の促進

地域で高齢者と幼児・児童が交流する「多世代交流」は、高齢者の認知機能が改善するとともに、幼児・児童の精神的安定性が増すといった研究成果が出ており、そのメリットが注目されている。しかしながら、法令上の制約や、所管する地方公共団体の部門が異なるといういわゆる縦割り行政の弊害を受け、施設数の増加は芳しくない。

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準第８条は、「児童福祉施設は、他の社会福祉施設を併せて設置するときは、必要に応じ当該児童福祉施設の設備及び職員の一部を併せて設置する社会福祉施設の設備及び職員に兼ねることができる。」としており、例えば、保育園と介護施設を併設する場合、設備等を共有して合理的かつ効率的な運営が可能になることが期待できる。

一方、同条の但し書きは、「入所している者の居室及び各施設に特有の設備並びに入所している者の保護に直接従事する職員については、この限りでない。」としていることから、「厨房」が「特有の設備」に該当すると判断する地方公共団体[42]もあり、こうした地域では、保育所と介護施設で厨房を共用することができない。

実際に保育園と介護施設の併設をしながらそれぞれの特性を活かした多世代交流を行う介護事業者からは、厨房そのものに加え、高額な調理機器を共用できないことや、厨房で働くスタッフを融通できないことなどが多世代交流型施設の普及を阻む障壁担っているとの指摘があった。

---

[41] 同注 36。

[42] 事務局の確認した中では東京都、富山県においては、保育園と介護施設における厨房の共有はできないため、併設の際にはそれぞれ厨房を設置しなければならない。

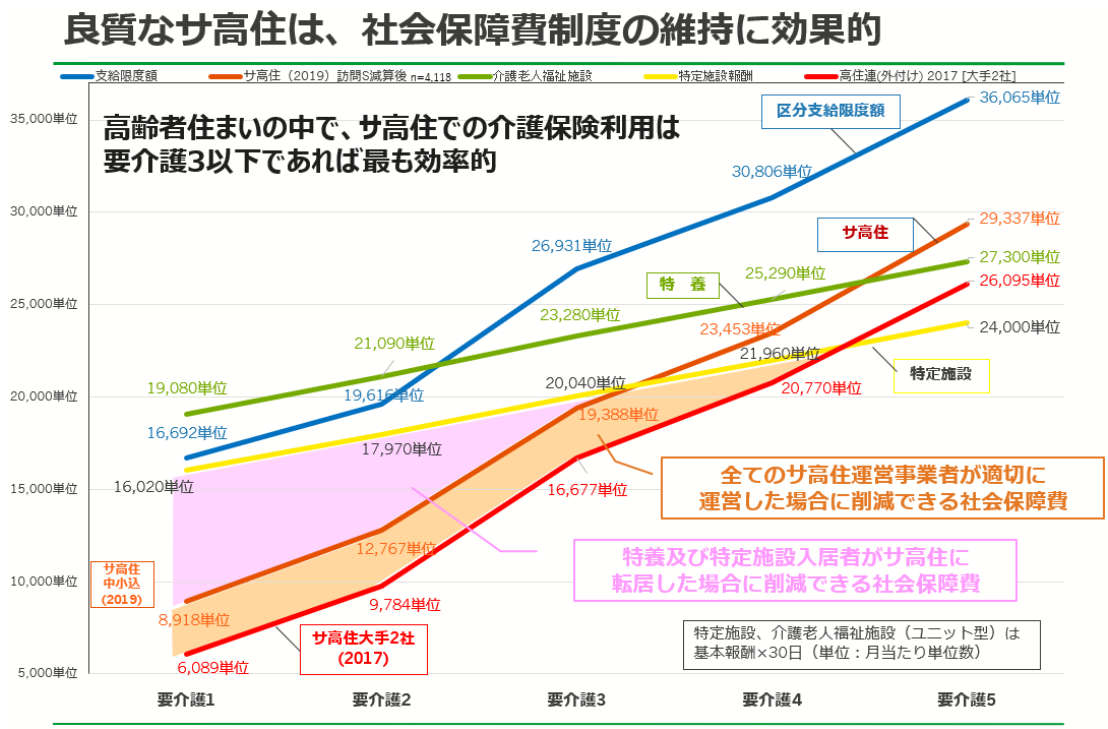
また、建築基準法 43 条は、「建築物の敷地は、（一定の例外を除き）道路に二メートル以上接しなければならない」としている。そのため、保育園と介護施設を併設した場合、両施設とも道路に接する面をそれぞれ確保する必要がある。こうした規定は、特に用地確保が難しい都市部において多世代交流施設普及の障壁となりうるため、**児童福祉施設と社会福祉施設を併設する場合については、接道義務を緩和すべき**である。

縦割り行政の打破を掲げる菅政権は、こうした課題に速やかに対応し、介護、保育サービス双方の提供体制の効率化を図るべきである。

（４）要介護度１～３の利用者に対するサービス付き高齢者向け住宅の利用促進

要介護度１～３の「特定施設入居者」15 万人と特別養護老人ホームに入居中の要介護度３程度の 15 万人がサ高住に転居すれば、概算で年間 2700 億円程度の社会保障支出削減効果があるとの試算もある（図表 19）。政府は「スマートウェルネス住宅等推進事業補助金」や、固定資産税・不動産取得税の軽減措置等を縮減することなく継続すべきである。また今後は、介護サービス需要増加の地域差を考慮して、都市部等における優遇措置の強化も検討すべきである。

図表 19：サ高住そのほか施設の介護保険利用単位の比較



出典：一般社団法人高齢者住宅協会[43]

[43] 2020 年６月 17 日経済同友会講演。「持続可能な社会保障制度に貢献する『サービス付き高齢者向け住宅』」小早川　仁・学研ホールディングス取締役／学研ココファンホールディングス代表取締役

Ⅲ．新型コロナウイルス感染症の拡大による介護現場への影響

１．影響

【地方公共団体】

本会が５月１日～14 日に実施した地方公共団体へのアンケート[44]によると、新型コロナウイルス感染症の影響として、①マスク、防護服、消毒液などの衛生用品の不足、②利用自粛、事業の縮小・休業に伴う影響――が挙げられた。

（１）マスク、防護服、消毒液などの衛生用品の不足

どの地方公共団体でも挙がったのは、介護事業所におけるマスクなどの衛生用品の不足である。５月になっても依然として現場の不足感が解消されていなかった。政府によるマスクの備蓄品提供[45]はあったが、現場に適時適量を届けることはできていなかった。

（２）利用自粛、事業の縮小・休業に伴う影響

ある地方公共団体による介護事業者を対象としたアンケート（４月 17～24 日）によると、約７割弱の事業所が「サービス提供にあたる職員が不安を抱え、動揺している」ことや、「利用者減に伴う収入減による雇用確保」、「通所介護や短期入所をキャンセルした利用者の訪問介護利用の増加により、今後対応しきれなくなる可能性」などマイナスの影響があると回答した。

地方公共団体自身も「介護事業者からの問い合わせ急増に伴い、行政、介護サービス事業者、相談支援機関等の連携強化が必要」とし、地方公共団体も介護事業所も、前例のない事態を受け、次々と発生する課題への対応に苦慮していた。

【介護現場】

また、介護の現場からは、下記のような意見が寄せられた。

（１）衛生用品の供給内容、方法の問題点について

政府から全国一律の「布マスク」が提供されたが、対人の福祉現場では、衛生面で布マスクは使えない。配布経路についても、「保育」や「介護」などの福祉サービスごとに提供される物資やタイミングに差があり、縦割り行政の弊害がみられた。

布マスクに加えアルコール消毒液なども、同一運営の保育園には届いたが、介護施設には届かないことも多々あった。

---

44 「介護サービス質の評価先行自治体検討協議会」に加盟する９自治体のうち、５自治体が回答した。

45 厚生労働省事務連絡「医療機関向けマスクの医療機関等への配布について」
https://www.mhlw.go.jp/content/000611272.pdf

（２）出口の見えない物資の不足調査

物資の不足にかかる調査は、さまざまな主体が繰り返し実施したが、報告しても供給が保証されるものではないという前提で行われており、介護現場で物資が欠乏しているとのニュースを見聞きするたびに、ニュースを作るための調査なのかと感じた。実際に物資が提供されないのであれば、調査の繰り返しは緊急時に現場の事務負担を増やすのみで意味がない。

（３）対策の不明

国からの通達を転送するだけのメールが（地方公共団体から）１日に何通も届く。一方で、「(通知に対して）どうしていけばよいか」という具体的な方策は各事業所に任せられている。

万一、クラスターが発生すれば、利用者への安全配慮、事業の継続等のリスクは介護事業者が一挙に負うこととなる。必要な法整備を行い、緊急時は政府が介護事業者に対する保障や支援をしなければ、福祉業界で働こうと考える人がいなくなるのではないか。

２．ニューノーマルを踏まえた平時からの備え

経済のグローバル化や地球温暖化等の環境変化に伴い、今回のような大規模感染症は今後も一定の頻度で発生する。介護現場は、病院同様にリスクの高い高齢者が多く居住しているにも関わらず、物資が行きわたらなかったり、医師の常駐しない施設では感染症対策にかかるノウハウがなく、病院のようには対策を講じられなかったりするとの声も聞かれた。したがって、国は、①事業継続計画（BCP）策定の促進、②緊急時の人材不足に対応する予備介護福祉士制度の創設――を行うべきである。

緊急時を想定したBCP策定の促進

BCPについては、東日本大震災、大型台風等の大規模自然災害発生時や新型インフルエンザ流行時等、策定率向上の必要性が度々指摘されてきた。新型コロナウイルス感染症についても、次々と発生する不測の事態に急場しのぎで対応せざる得ない事業所が多かったことを踏まえ、緊急事態に一定の指針となるBCPを小規模な介護事業者も策定できるよう、**政府はBCP策定支援を強化すべき**である。

新型コロナウイルス感染症は、高齢者の致死率が高く[46]、高齢者との身体接触の多い介護サービスにおいては、感染拡大に伴うリスクが大きい。2014年に新型インフルエンザに対応したBCPフォーマットが策定されたが、①感染力の強さ、②高齢者のリスクが高い、③

[46] 死者の8割以上を70代以上が占め、特に80代以上は感染した約3割が死亡しており、高齢者が重症化しやすい傾向が浮き彫りになっている。朝日新聞「国内コロナ死者 1 千人、8 割が 70 代以上　致死率も高く」2020年7月20日

職員が感染した場合事業継続が困難――といった新型コロナウイルス感染症の特徴を踏まえた見直しが必要である。

まず政府がBCPのフォーマットを作り、各都道府県、保険者が執行体制を整える。その際、介護施設だけを視野に策定するのではなく、医療機関との連携を前提とすべきである。

予備介護福祉士制度の創設

今回のような大規模感染症発生時には、介護施設等の複数の職員が陽性化し、サービス提供を維持できなくなるケースが想定される。こうした状況に備え、通常は別の仕事に従事していても、緊急事態には介護に従事する「予備介護福祉士制度[47]」の創設を提言する。予備介護福祉士制度とは、新型コロナウイルス感染症などの大規模感染症発生時など介護事業所の人手不足が急激に深刻化する事態が発生した際に、予め研修等を受講した予備介護福祉士を、国が緊急派遣する制度である。なお、予備介護福祉士は、国が定める研修を登録時および年間５日程度継続的に受講し、介護サービスにかかる知識等を身につけておく。

衛生用品の備蓄の多角化

今回、医療・介護現場ではマスクなどの衛生用品の不足が大きな問題となったが、輸入品に依存する体制では、今後もこうした問題が起きかねない。したがって、国で一定の衛生用品の備蓄を確保する上で、製造のルートを確保する方法の一つとして、刑務所作業[48]における衛生用品の生産についても検討すべきである。刑務作業は民間企業との協力により質を担保しているが、衛生用品においても同様にクオリティコントロールをしつつ、生産を行い、緊急事態の発生時や備蓄確保を定期的に行う上で、作業活動の一つに組み込むことも考えられる。

---

[47] すでに国では、有事の際に不足する自衛官を供給する制度として「予備自衛官制度」を構築している。これにならい、緊急事態に発生する需要の急増に持続的に対応する。陸上自衛隊「予備自衛官制度の概要」https://www.mod.go.jp/gsdf/reserve/yobiji/index.html

[48] 平成30年９月末日現在、刑務作業は、全国76の刑事施設（刑務所、少年刑務所及び拘置所）で実施され、約４万２千人が就業する。刑務作業に従事する者としては、刑法（第１２条第２項）上の所定の作業として就業している懲役受刑者又はいわゆる換刑処分として就業する義務のある労役場留置者のほか、就業の義務はないが申出により就業することができる禁錮受刑者及び拘留受刑者がある。
法務省「刑務作業」http://www.moj.go.jp/kyousei1/kyousei_kyouse10.html

おわりに～介護という職業の魅力向上と持続可能な介護の枠組みの構築に向けて～

団塊世代が後期高齢者入りする 2022 年以降、慢性期医療ニーズを持つ要介護度認定者の増加も加速する。高齢者の QoL を高めるには、疾病を早期発見して重症化を予防するとともに、要介護度の維持・改善に努めることが必要である。また、高齢者が住み慣れた自宅や地域で生活するためには、医療・介護が一体で提供されることが不可欠であり、地域包括ケアシステムの早期確立が急がれる。

「医療・介護システム改革委員会」では、2018 年５月に『データ利活用基盤の構築を急げ―QOL を向上させるデータヘルスに関する中間提言―』を、2019 年６月に『データ利活用の推進を急げ―今ある健康・医療・介護データを活用・連結しビッグデータへ―』をまとめた。コロナ禍は、日本社会のデジタル化の遅れを改めて顕在化させたが、介護現場はその代表例と言える。かねてより提言しているデータ利活用の促進は、介護従事者の業務負担を軽減するためにも不可欠である。ICT 化の促進、データの利活用は介護保険制度の見直しに極めて重要なファクターとなっており、事業者側の提供体制の効率化とともに、国・地方公共団体も行政手続きの効率化や介護保険制度の見直しに、データを積極活用すべきである。

本提言と、これまでに提言してきたデータの蓄積・利活用に関する方策を組み合わせることで、自立の支援に資する介護とは何であるかが定量的にも明らかになる。どのような介護サービスを受けた結果、自身の身体・精神機能が改善・維持・悪化したかを利用者がサービス提供者にフィードバックし、それを次の介護サービスに活かすサイクルができ上がれば、介護現場で働く職員も利用者も「より良い介護」に一歩近づくことができる。

政府においては、そうした好循環の基盤となるデータの利活用を促進しつつ、自立支援に取り組む地方公共団体を支援し、また、要介護度改善へのインセンティブを介護報酬体系に組み込むべきである。あと数年のうちに必ず訪れる需要の急増と、それに伴う供給不足を前に、対応を急がなければならない。

最後に、介護はすべての国民にとって、いずれ自身にも訪れる身近なテーマである。コロナ禍を機に、エッセンシャル・ワーカーとは何かを再定義し、そうした職務に従事する人々を社会全体で支えていく必要がある。また、後期高齢者の急増を踏まえ、家族の介護を担う従業員が離職せざるを得ない事態を招来しないよう、企業も、働き方を柔軟に選べる制度の導入や支援策の充実等を急がなければならない。

以 上

2020年10月21日

2019 年度医療・介護システム改革委員会　名簿

（敬称略）

委員長

若　林　辰　雄	（三菱ＵＦＪ信託銀行　特別顧問）

副委員長

川　上　登　福	（経営共創基盤　共同経営者（パートナー） マネージングディレクター）
鈴　木　雅　子	（パソナグループ　エグゼクティブ アドバイザー）
西　川　朋　希	（桜十字　理事長）
布　施　達　朗	（セコム　常務取締役）
森　　秀　顕	（シーメンスヘルスケア　取締役社長）
山　田　　哲	（ジェイ・トップ　取締役社長）

委員

相　原　輝　夫	（ファインデックス　取締役社長）
青　木　　寧	（高島　社外取締役）
浅　野　敏　雄	（旭化成　常任相談役）
飯　塚　　厚	（日本郵政　専務執行役）
石　田　康　明	（東京スター銀行　代表執行役常務）
石　塚　達　郎	（日立製作所　アドバイザー）
市　川　　晃	（住友林業　取締役会長）
井　上　正　明	（ポピンズ　取締役副社長執行役員）
井　上　雅　彦	（有限責任監査法人トーマツ　執行役）
岩　﨑　真　人	（武田薬品工業　取締役　ｼﾞｬﾊﾟﾝ ﾌｧｰﾏ ﾋﾞｼﾞﾈｽ ﾕﾆｯﾄ ﾌﾟﾚｼﾞﾃﾞﾝﾄ）
岩　本　敏　男	（ＮＴＴデータ　相談役）
内　田　高　史	（東京ガス　取締役社長）
内　山　英　世	（朝日税理士法人　顧問）
海　野　晋　哉	（中外製薬　副社長執行役員）

江　幡　真　史	（アドバンテッジリスクマネジメント　取締役）
江利川　　毅	（医療科学研究所　理事長）
大　岡　　哲	（大岡記念財団　理事長）
大　熊　克　美	（ＡＩＴ　取締役社長）
大　場　康　弘	（ＳＯＭＰＯひまわり生命保険　取締役社長）
小笠原　　信	（ロシュ・ ダイアグノスティックス　取締役社長兼ＣＥＯ）
奥　村　真　介	（PEOPLE HORIZON　代表取締役）
織　畠　潤　一	
笠　井　　聡	（ＳＯＭＰＯホールディングス　介護・ﾍﾙｽｹｱ事業ｵｰﾅｰ執行役）
梶　川　　融	（太陽有限責任監査法人　代表社員 会長）
加　藤　　奐	（京王電鉄　相談役）
金　岡　克　己	（インテック　特別参与）
上斗米　　明	（パソナグループ　専務執行役員）
河　合　輝　欣	（ASP・SaaS・IoT クラウド コンソーシアム　会長）
木　川　　眞	（ヤマトホールディングス　特別顧問）
行　天　豊　雄	（三菱ＵＦＪ銀行　名誉顧問）
熊　谷　亮　丸	（大和総研　専務取締役）
栗　島　　聡	（ＮＴＴコムウェア　取締役社長）
栗　原　美津枝	（価値総合研究所　取締役会長）
黒　田　真　一	（フューチャーアーキテクト　シニアパートナー）
桑　原　茂　裕	（アフラック生命保険　取締役副会長）
髙　祖　敏　明	（聖心女子大学　学長）
河　野　栄　子	
小　林　英　三	（日本証券金融　執行役会長）
小　林　克　満	（大東建託　取締役社長）
小　林　洋　子	（宇宙航空研究開発機構（ＪＡＸＡ）　監事）
斎　藤　敏　一	（ルネサンス　取締役会長執行役員）
酒　井　伸一郎	（茨腎会　理事長）

佐　藤　玖　美	(コスモ・ピーアール　取締役社長)
佐　藤　義　雄	(住友生命保険　取締役会長代表執行役)
椎　名　　茂	(Digital Entertainment Asset Pte.Ltd.　ＣＥＯ)
志　賀　俊　之	(ＩＮＣＪ　取締役会長（ＣＥＯ）)
島　田　　明	(日本電信電話　取締役副社長)
島　田　俊　夫	(CAC Holdings　特別顧問)
白　井　久美子	(日本ユニシス　執行役員)
神　宮　由　紀	(フューチャーアーキテクト　取締役社長)
菅　野　健　一	(リスクモンスター　取締役 founder)
杉　野　尚　志	(レイヤーズ・コンサルティング　代表取締役ＣＥＯ)
杉　本　年　光	(わかば　取締役会長)
鈴　木　国　正	(インテル　取締役社長)
住　谷　　貢	(アクサダイレクト生命保険　取締役社長兼ＣＥＯ)
髙　橋　栄　一	(ジェダイトメディスン　取締役社長)
高　橋　　衛	(ＨＡＵＴＰＯＮＴ研究所　代表)
高　畑　　勲	(インフィニオンテクノロジーズジャパン　取締役 ＣＦＯ)
武　田　信　二	(ＴＢＳホールディングス　取締役会長)
谷　川　史　郎	(ＮＴＴ都市開発　社外取締役)
田　沼　千　秋	(グリーンハウス　取締役社長)
近　浪　弘　武	(日本コンベンションサービス　取締役社長)
堤　　浩　幸	(フィリップス・ジャパン　取締役社長)
遠　谷　信　幸	(電通　取締役副社長執行役員)
鳥　越　慎　二	(アドバンテッジリスクマネジメント　取締役社長)
内　藤　隆　明	(縄文アソシエイツ　取締役社長)
中　島　基　善	(ナカシマホールディングス　取締役社長)
中　野　　裕	(日本ＡＴＭ　取締役社長)
中　野　宏　信	(ｼﾃｨｯｸ･ｷｬﾋﾟﾀﾙ･ﾊﾟｰﾄﾅｰｽﾞ･ｼﾞｬﾊﾟﾝ･ﾘﾐﾃｯﾄﾞ 日本代表兼マネージングパートナー)

中　村　克　己	（ブラックストーン　シニアアドバイザー）
中　村　邦　晴	（住友商事　取締役会長）
中　村　正　己	（日本能率協会　会長）
西　浦　三　郎	（ヒューリック　取締役会長）
西　浦　天　宣	（天宣会　理事長）
西　川　久仁子	（ファーストスター・ヘルスケア　取締役社長）
能　見　公　一	（ジェイ・ウィル・コーポレーション　顧問）
羽田野　彰　士	（テルモ　取締役常務執行役員）
濱　　逸　夫	（ライオン　取締役会長ＣＥＯ）
濱　口　敏　行	（ヒゲタ醤油　取締役相談役）
林　　明　夫	（開倫塾　取締役社長）
原　田　明　久	（ファイザー　取締役社長）
春　田　　真	（ベータカタリスト　代表取締役ＣＥＯ）
日　色　　保	（日本マクドナルド　取締役社長兼ＣＥＯ）
平　井　龍太郎	（双日　取締役副社長執行役員）
平　田　正　之	（ＤＴＳ　取締役）
平　野　英　治	（メットライフ生命保険　取締役 副会長）
廣　岡　哲　也	（フージャースホールディングス　取締役社長）
福　田　　誠	（あおぞら銀行　特別顧問）
藤　重　貞　慶	（ライオン　相談役）
藤　原　　浩	（コダック ジャパン　代表執行役員社長）
星　　久　人	（ベネッセホールディングス　特別顧問）
本　田　英　一	（日本生活協同組合連合会　代表理事会長）
マシューズ　真里	（グーグル　執行役員）
益　戸　宣　彦	（GCAパートナーズ　代表取締役 社長執行役員）
松　島　訓　弘	（グリー　取締役 常勤監査等委員）
三津家　正　之	（田辺三菱製薬　相談役）
宮　内　淑　子	（ワイ・ネット　取締役社長）

宮　澤　　潤	（宮澤潤法律事務所　代表弁護士）
宮　原　京　子	（ファイザー　執行役員）
武　藤　　潤	（鹿島石油　取締役社長）
望　月　　淳	（浜銀ファイナンス　取締役会長）
森　　正　勝	（国際大学　特別顧問）
森　川　　智	（ヤマト科学　取締役社長）
矢　原　史　朗	（パイオニア　代表取締役）
山　極　清　子	（ｗｉｗｉｗ　取締役会長）
山　口　公　明	（セントケア・ホールディング　取締役）
山　口　重　樹	（ＮＴＴデータ　取締役副社長執行役員）
山　田　匡　通	（イトーキ　取締役会長）
由　利　　孝	（テクマトリックス　取締役社長）
湧　永　寛　仁	（湧永製薬　取締役社長）
渡　部　賢　一	（野村ホールディングス　名誉顧問）

以上118名

事務局

齋　藤　弘　憲	（経済同友会 執行役）
山　本　郁　子	（経済同友会 政策調査部 グループ・マネジャー）
小　島　彩　華	（経済同友会 総務部秘書グループ アシスタント・マネジャー）