

# 日本の介護政策の展望

## ー介護福祉士及び同養成教育への期待

東京大学高齢社会総合研究機構

辻 哲夫

# Ⅰ、超高齢人口減少社会の到来

## 1. 未知の社会の到来

- (1) 85歳以上の急増（慢性疾患基本の疾病構造）
- (2) 一人暮らし・夫婦だけ世帯中心の高齢者世帯
- (3) 空き家の急増と多くの地域の衰退

## 2. ケア思想の大転換期

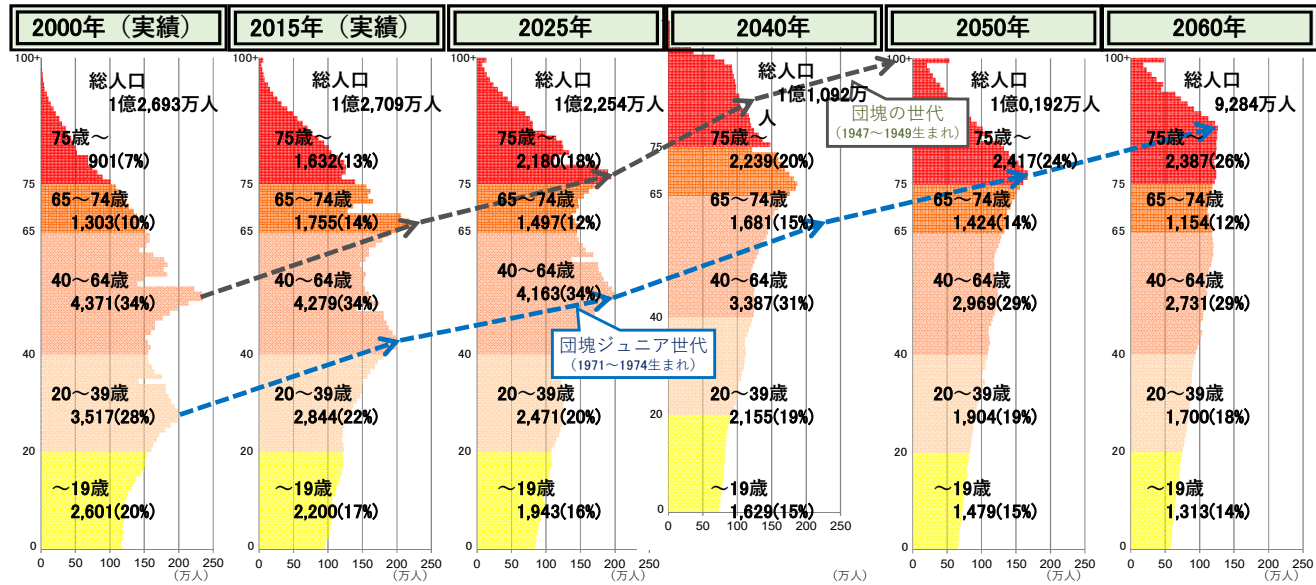
在宅ケアとまちづくりの必然性

（参考）「地域包括ケアのすすめ」「地域包括ケアのまちづくり」（東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会刊行）

➡介護の専門性への大きな期待

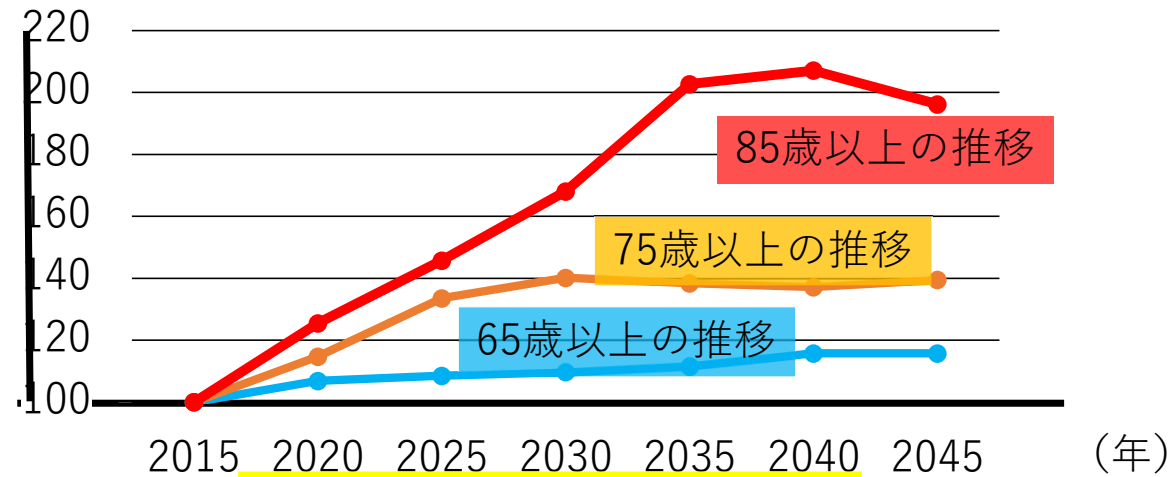
## 日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳以上になる2025年には、75歳以上の者の割合が18%になる。
- 2040年の人口は2015年の約87%まで減少するが、65歳以上人口の割合は2015年の約1.3倍となる。
- 2040年以降も念頭に、急増するニーズと支え手となる世代の減少を踏まえ、介護保険制度が直面する課題への対応が必要。



# 日本の高齢化の推移

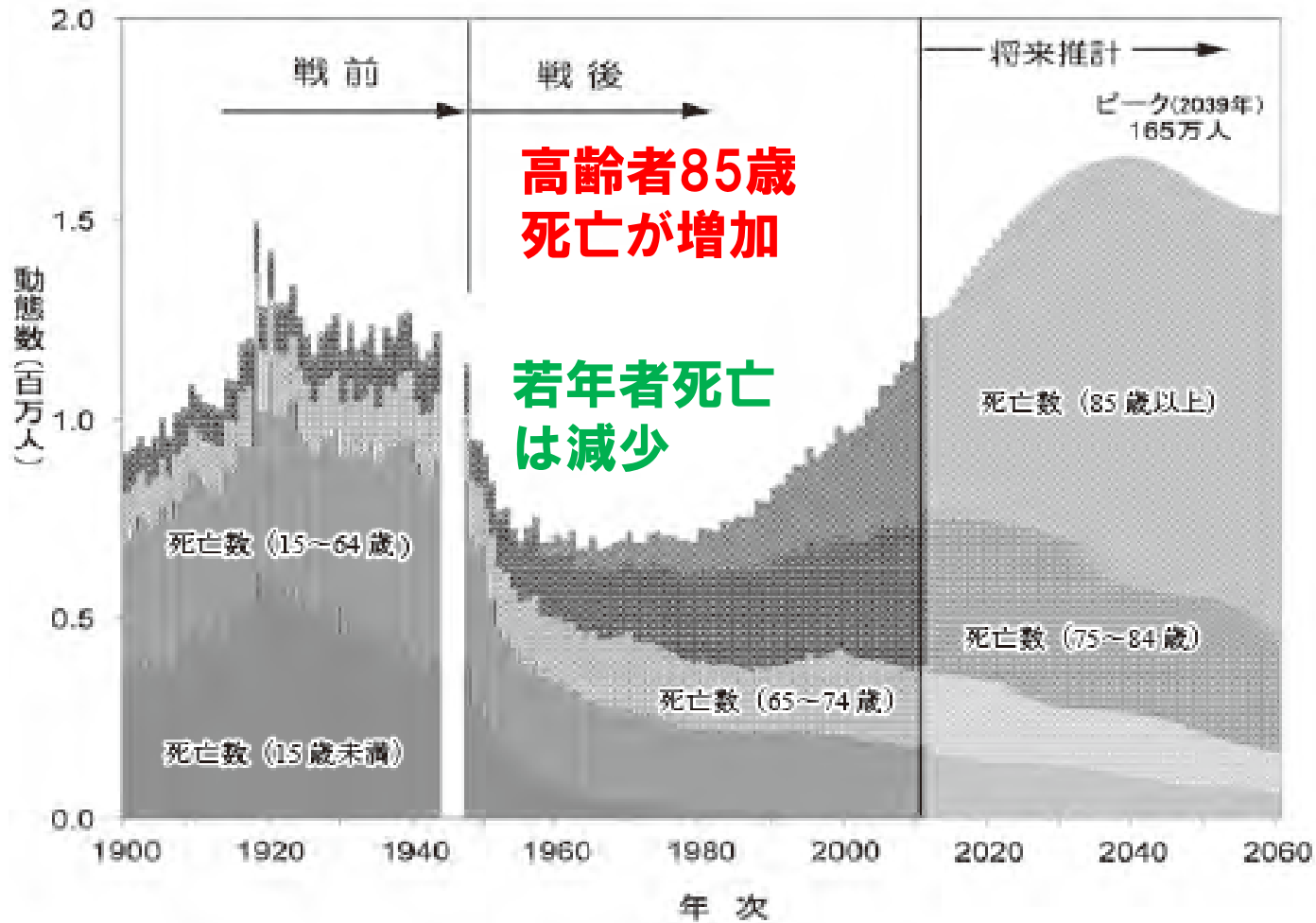
2015年の年齢別人口を100とした時の増加率（%）



(2030年)	75歳以上	85歳以上
人口	16,322,237	8,306,260
(2045年)	75歳以上	85歳以上
人口	22,766,643	9,698,466

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30（2018）年推計）から作成  
将来の地域別男女5歳階級別人口（各年10月1日時点の推計人口：2015年は国勢調査による実績値）

# ■ 85歳以上が死亡する



国立社会保障・人口問題研究所 金子隆一氏資料より

# 高齢者介護施策の現状と課題 ①

## 1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

## 2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。
  - ・ 高齢者数の急速な増加  
→「予防」を重視したサービスモデルへ転換
  - ・ 認知症高齢者の急速な増加  
→認知症に対応したサービスモデルへ転換
  - ・ 高齢者世帯の急速な増加  
→単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

### 認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口 に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

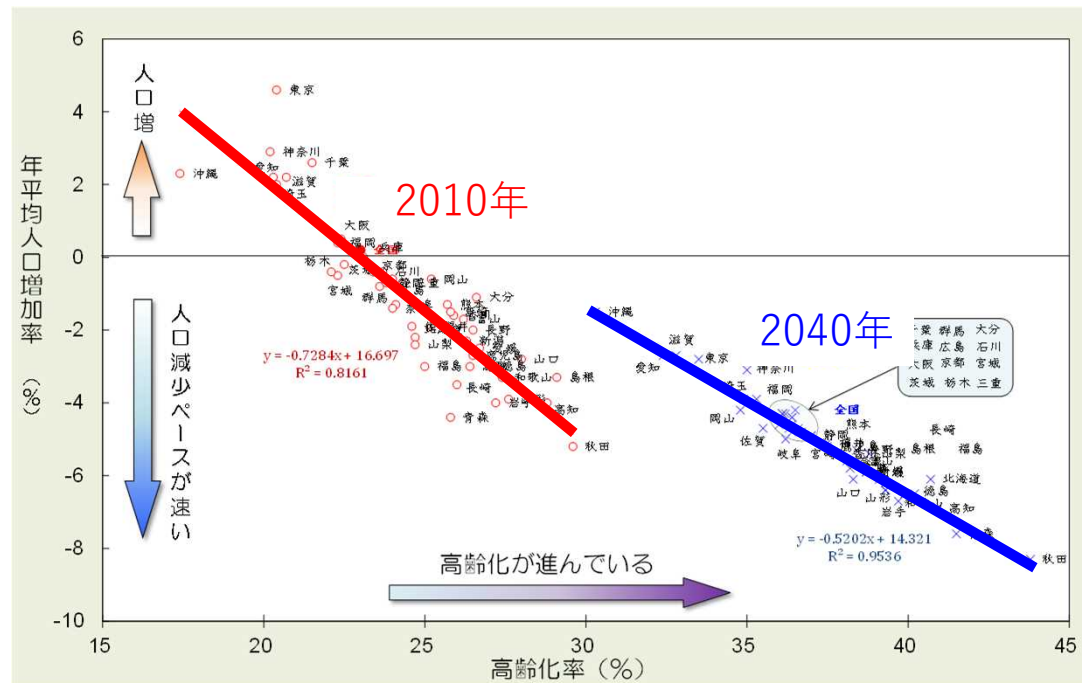
資料：平成15年6月厚生労働省老健局総務課推計

### 高齢者の世帯形態の将来推計

		(万世帯)		
		2005年	2015年	2025年
一般世帯		4,904 万世帯	5,048	4,964
	世帯主が 65歳以上	1,338 万世帯	1,762	1,843
	一人暮らし (高齢世帯に 占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
	夫婦のみ (高齢世帯に 占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」

## 都道府県別 高齢化率(2010年) × 人口減少率 (2010~40年)

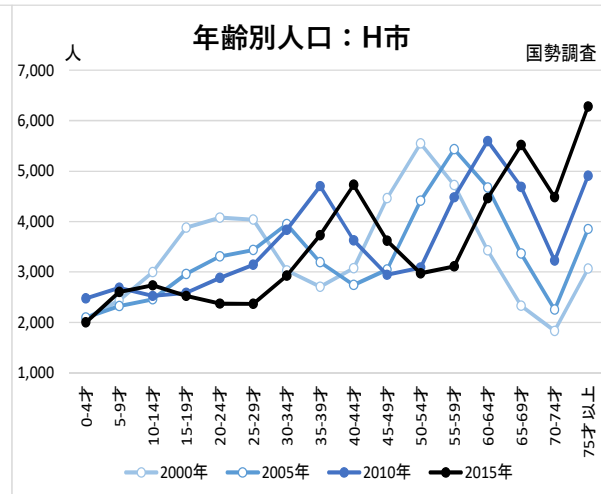
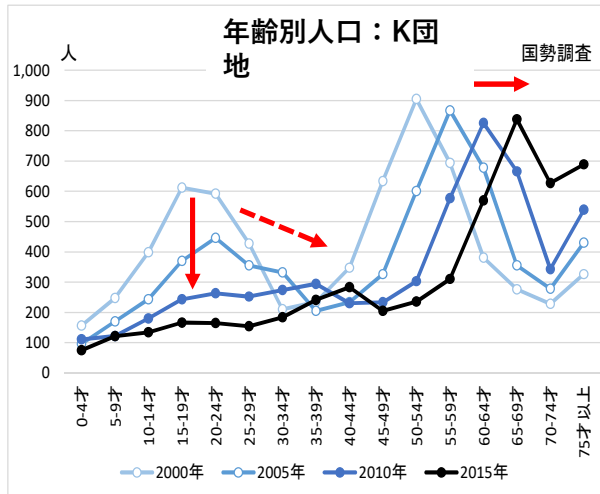
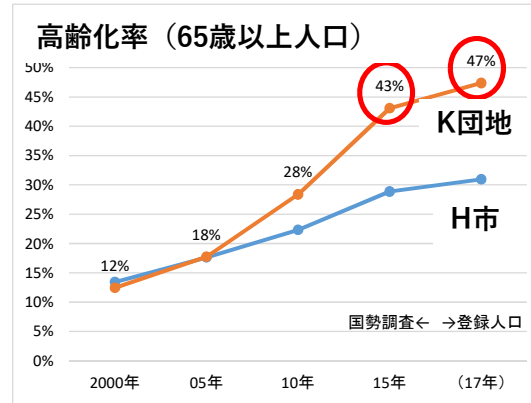


資料:総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」

## K団地：高齢化率

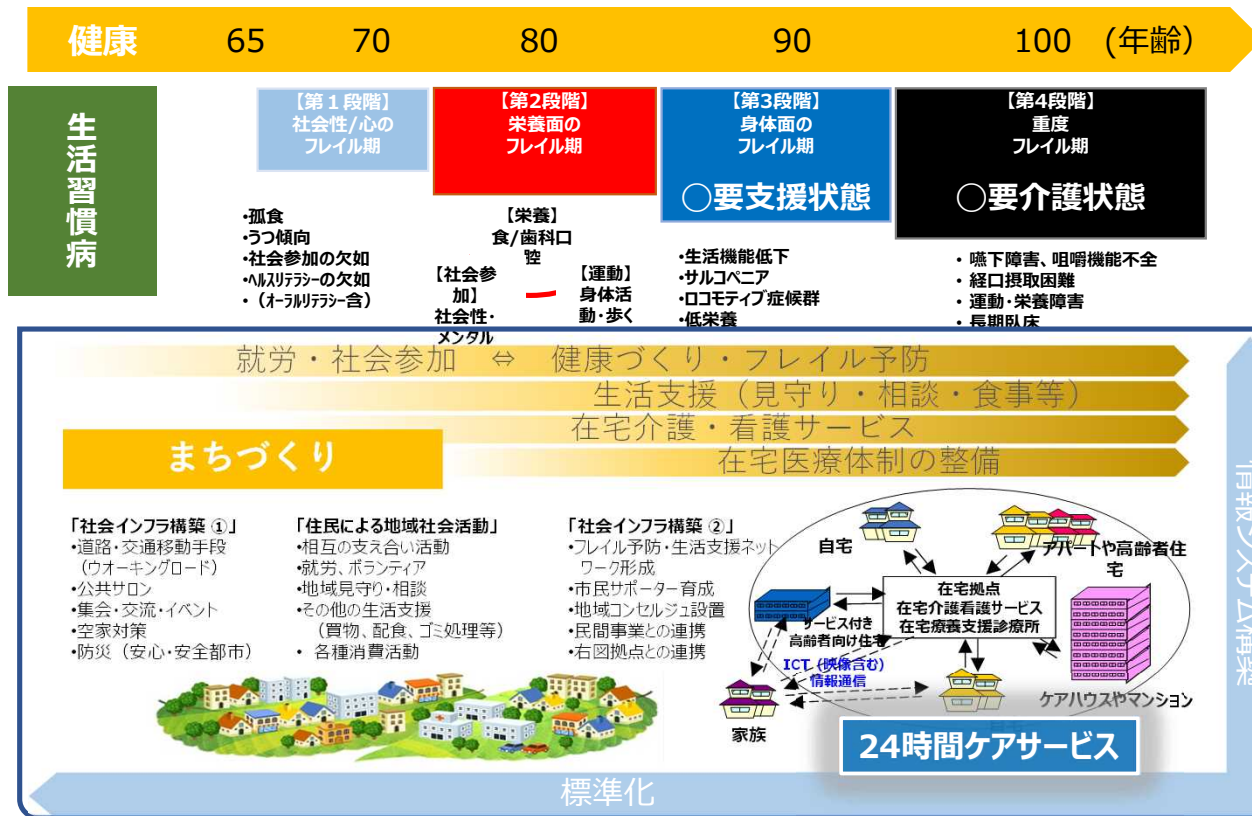
- 高齢化（65歳以上人口）率は2015年に40%を超え、更に上昇していると思われる。
- 年齢別人口構成でのピーク年代は60代後半で、50才代以下の構成比に大きな違いはみられない。2000年以降の15年間、世帯主年代の高齢化とともに、若年人口の減少が著しく、街全体が高齢化している。

(2015年にやや増加している40代前半世代は団塊Jr.世代である。コーホートの的な変化をみると、流入人口とは考えにくい)





# 地域包括ケア（高齢者仕様のまちづくり）基本概念



## II、介護の専門性をめぐる考察

### 一介護福祉士導入時以降の行政実務者としての経験を振り返って

#### 1 介護福祉士制度導入の経過

##### (1) 背景

- ①民間事業者による在宅介護サービスの健全な振興のための省令に基づく介護の資格制度の検討
- ②斎藤十郎厚生大臣の各分野の資格制度の法律制定という方針により法律に基づく資格へ発展
- ③社会福祉士とパッケージで政府提案により制定

##### (2) 介護福祉士資格制度の構成

- ①老人福祉法の特別養護老人ホームの定義の中の介護の概念を出発点に据えた
- ②介護は、業務独占されたものではなく、医師等医療系職種の指示や指導は不要
- ③名称独占制度（誰にでもできる領域における専門職制度）

⇒「専門的知識・技術をもって、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護等を行うことを業とする者」（現行「心身の状況に応じた介護等を行うことを業とする者」）

④医療とは別体系

i) 業務独占行為とはされておらず、医師等医療関係者の指示や指導を前提としていない。ただし、医行為等業務独占された行為は、できない。

ii) 医療系職種との連携規定を法制局審査の段階で明記

⇒「医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。」（平成19年改正前の規定）

（注1）医師会、看護協会との調整経過

(3) 養成施設での養成期間

保母の養成制度を参考に2年と決定（養成に相当の期間がかかる専門性があるとの認識）

（注2）兵庫県の福祉介護士制度の養成期間1年（検討委員会では1年では不足との認識）が参考になった。

（注3）当時の類似の養成プログラムとしては、家庭奉仕員研修養成プログラムとして360時間のプログラムがあったが、比較的心身自立度が高く社会的自立度の低い在宅高齢者を念頭に置いた家庭奉仕員制度を一步踏み込み、ボディタッチのできる本格的な介護の専門職を育てたいという考え方が基本だった。介護福祉士制度成立後に、従来の360時間研修の体系を維持し、その下で50時間、150時間の養成課程もセットし、段階的に介護福祉士を目指せることとした。

（注4）介護福祉士制度制定後、標準テキストの作成、養成施設の水准确保のための体制づくり（養成施設協議会の設立）、専門職としての自律性の確保（介護福祉士会の設立）が取り組まれた。

## 2. 介護福祉士制度制定後の介護を巡る環境の変化

### (1) 理念の変容

#### ① 自立支援の考え方の普及

寝たきり老人ゼロ作戦。ユニットケアの考え方。デンマークの高齢者福祉3原則の考え方

→介護保険の理念

#### ② 認知症の人の増加とケアの考え方

その人に寄り添う介護の考え方

#### ③ 地域包括ケア政策

→住まいにおけるその人らしい暮らしの継続

### (2) 制度の変容

#### ① 医療の必要のある要介護者の増加と在宅医療政策の推進

・ 痰の吸引等看護師の業務独占行為（診療の補助）との調整

・ 医療介護の連携の推進

#### ② 小規模多機能居宅介護事業の登場（特養同様の24時間対応包括報酬の体系を在宅に展開）

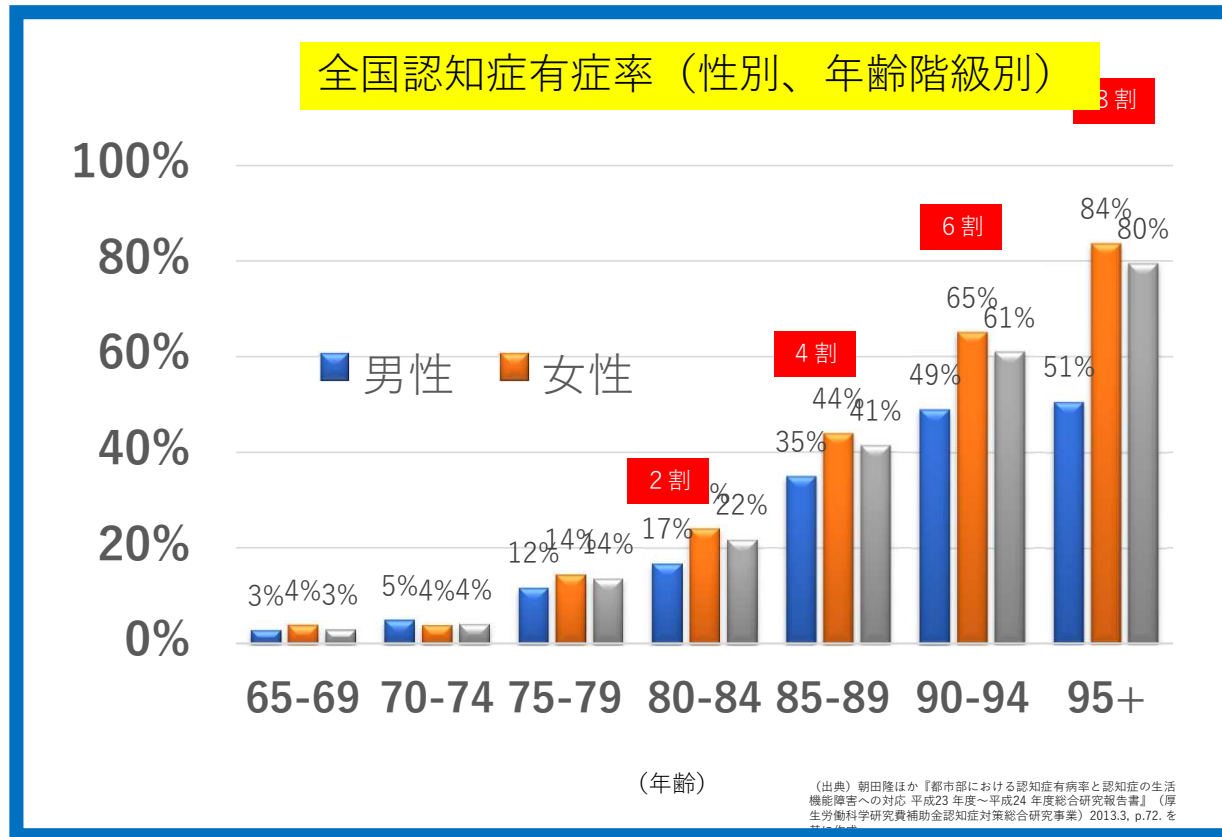
・ 24時間を通じた地域における住まいでのその人らしい生活（日々の暮らし）の継続と人生の支援

→在宅ケアを主舞台として、介護専門職としてより高い総合性・包括性のある専門性が問われる

## 介護保険法の目的

**第一条** この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする

# 高齢者の日常生活をとりまく実態



## 【日本】 お年寄りの姿の変遷



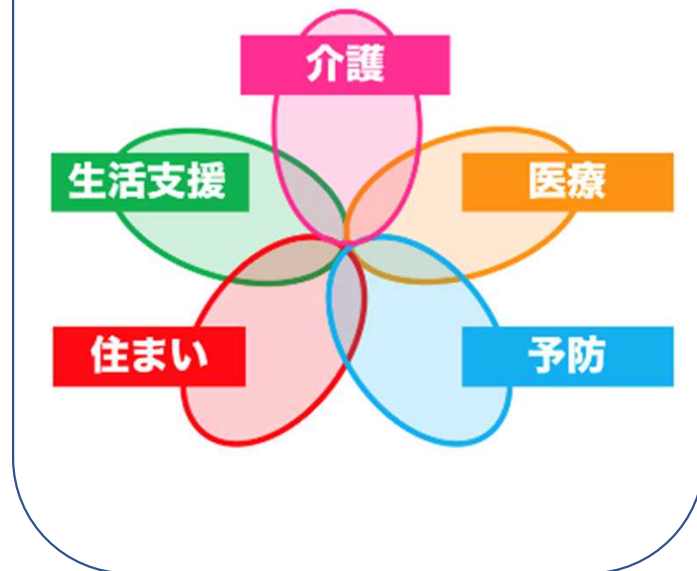
**1年10ヶ月「寝たきり」  
だった菊川さん(松原市で)**



# 地域包括ケアシステム

## 日常生活圏域

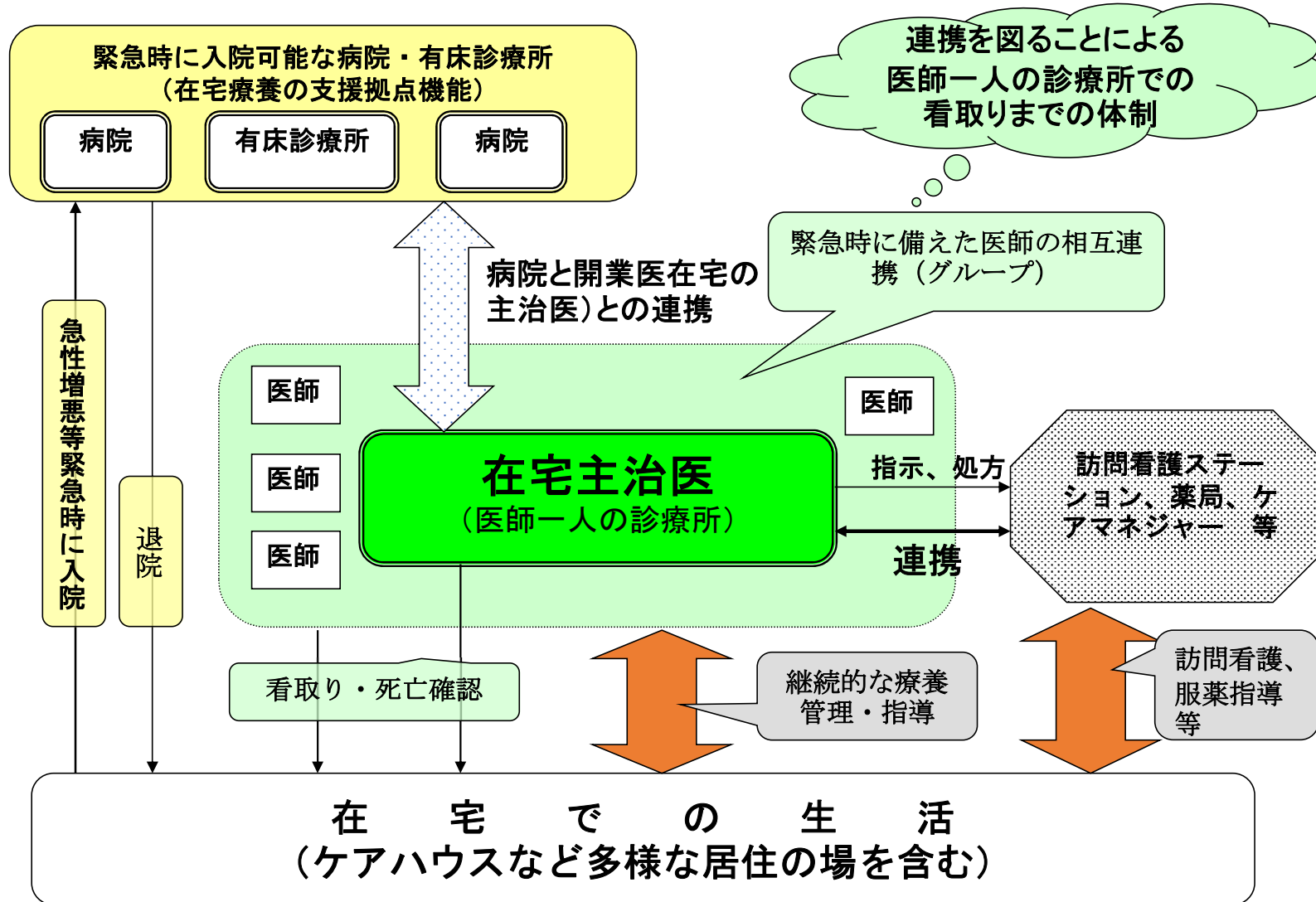
(30分でかけつけられる圏域)



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」  
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年



# 在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



# 高齢者介護施策の現状と課題 ②

## 3. 介護保険制度見直しの主な内容

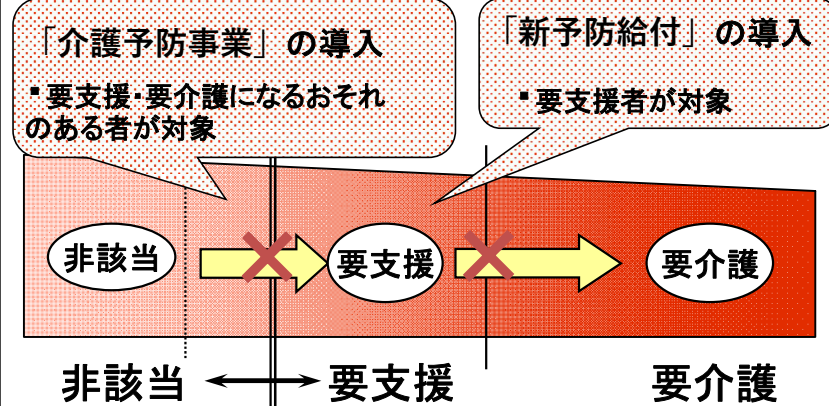
### (1) 介護予防の推進

- 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。
- 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

### (2) 地域ケア体制の整備

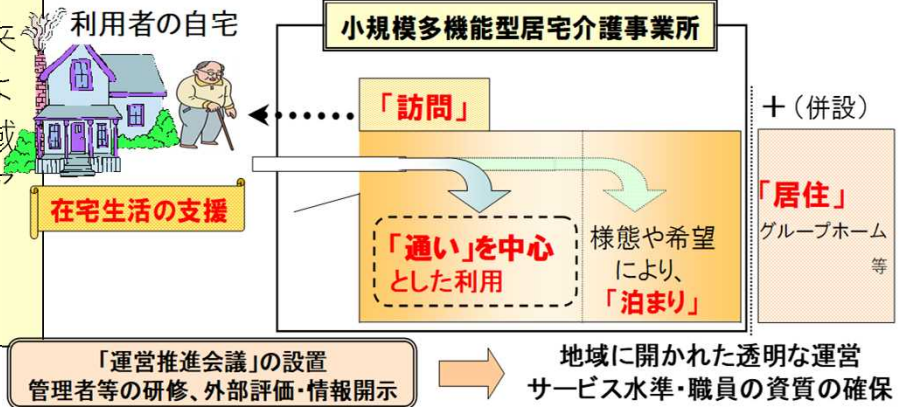
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

### 介護予防システムの確立



### 地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは  
 「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供し、在宅生活の継続を支援  
 →どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる

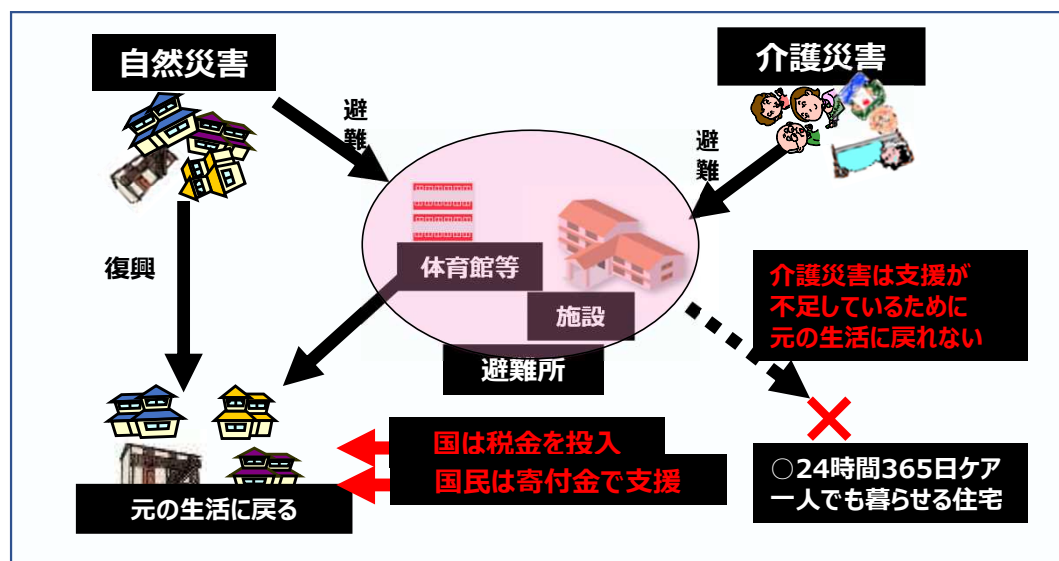


## 小山剛の仕事

地域包括ケアの理念を分かりやすく訴え、実践し、国の政策推進の原動力となった

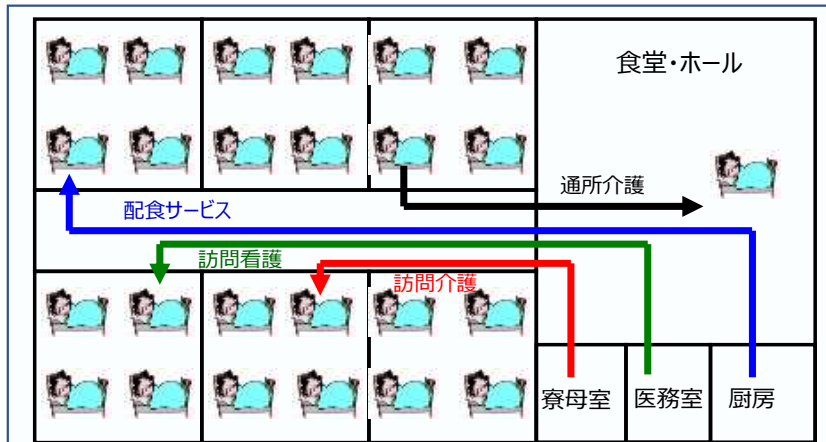
小山剛の思想

「今は、無職の学生でも、アパート（バス、トイレの付いた個室）に住むのが普通なのに、なぜ、障害のある高齢者は、暮らしから離れた施設の多床室で共同生活が強いられるのか」  
「自然災害時の被災者は皆地域に復帰していくのに、なぜ介護災害で施設に避難した人たちだけが元の生活に復帰できないのか」



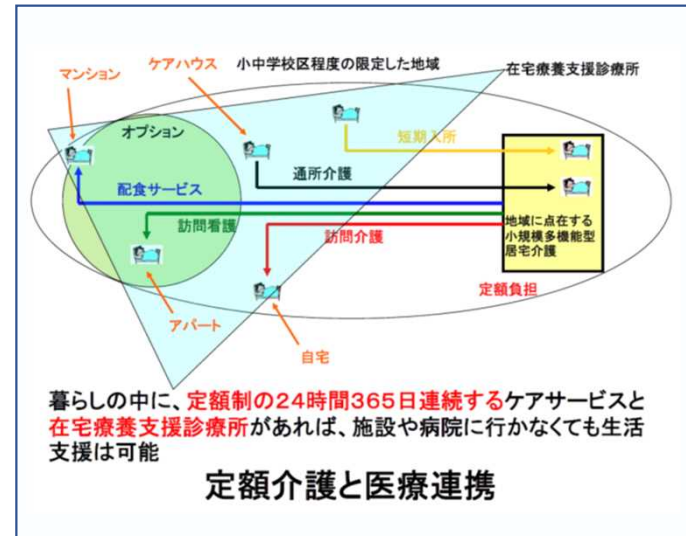
## 小山剛の戦略と実践

地域社会が一つの施設・病院という分かりやすい言葉で特養の機能を「地域の道は廊下、自室は居室」と見立てて、住まいとサービスを分化させる方向を示した

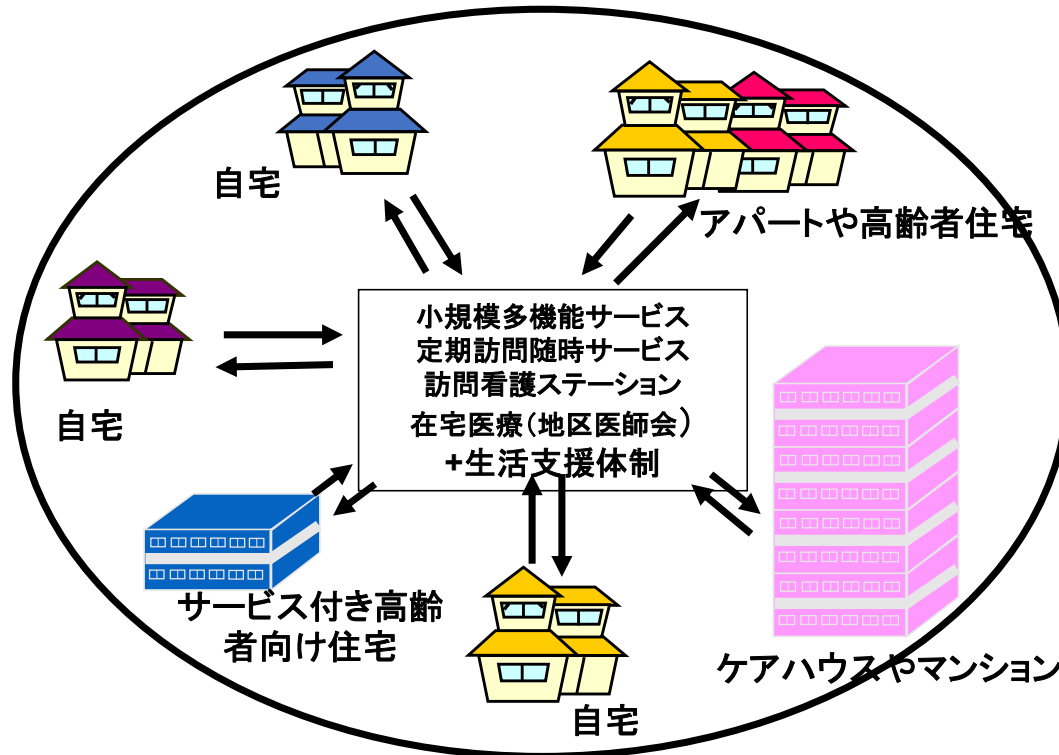


### 施設の仕組み

通所介護・訪問介護・訪問看護・配食サービスを効率的に提供するために、**利用者を集約したもの** 全てのサービスは定額



地域社会がひとつの施設・病院(こぶし園小山氏資料を基に改変)  
介護付き住宅ではなく、介護付きの地域社会が可能



### 3. 地域包括ケアシステム時代における介護の専門性

#### (1) 地域包括ケアの概念

##### ① 地域包括ケアの定義（医療介護総合確保推進法）

「ケア」の概念は、医療と介護ともに含み、その連携が求められている

##### ② 医療介護を通ずる地域包括ケアと地域完結型医療システム

i) 「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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ことを目指す」

ii) 医療は、「治す医療」から「治し支える医療」へという方向転換

iii) QOLという評価指標が政策的な視点から掲げられた

(注5) 社会保障制度改革国民会議 最終報告書（平成25. 7）

#### (2) 医療介護を通ずる共通の評価指標

① 共通の評価指標の下で、それぞれの専門性があり、その上で連携が成り立つ。

② 共通の評価指標は、「QOL（クオリティ・オブ・ライフ）」である。

③ ライフ（Life）とは、「生命」「生活」「人生」と訳される。

④ 専門職の種類により専門性の中核は、「生命」「生活」「人生」における重点の置き方に違いがある。

ケアの概念=医療、介護を通ずる包括的な概念

「地域包括ケアシステム」とは、

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、

医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項）

## あるべき医療・介護サービスとQOL

ー社会保障制度改革国民会議報告書（平成25. 7）抜粋

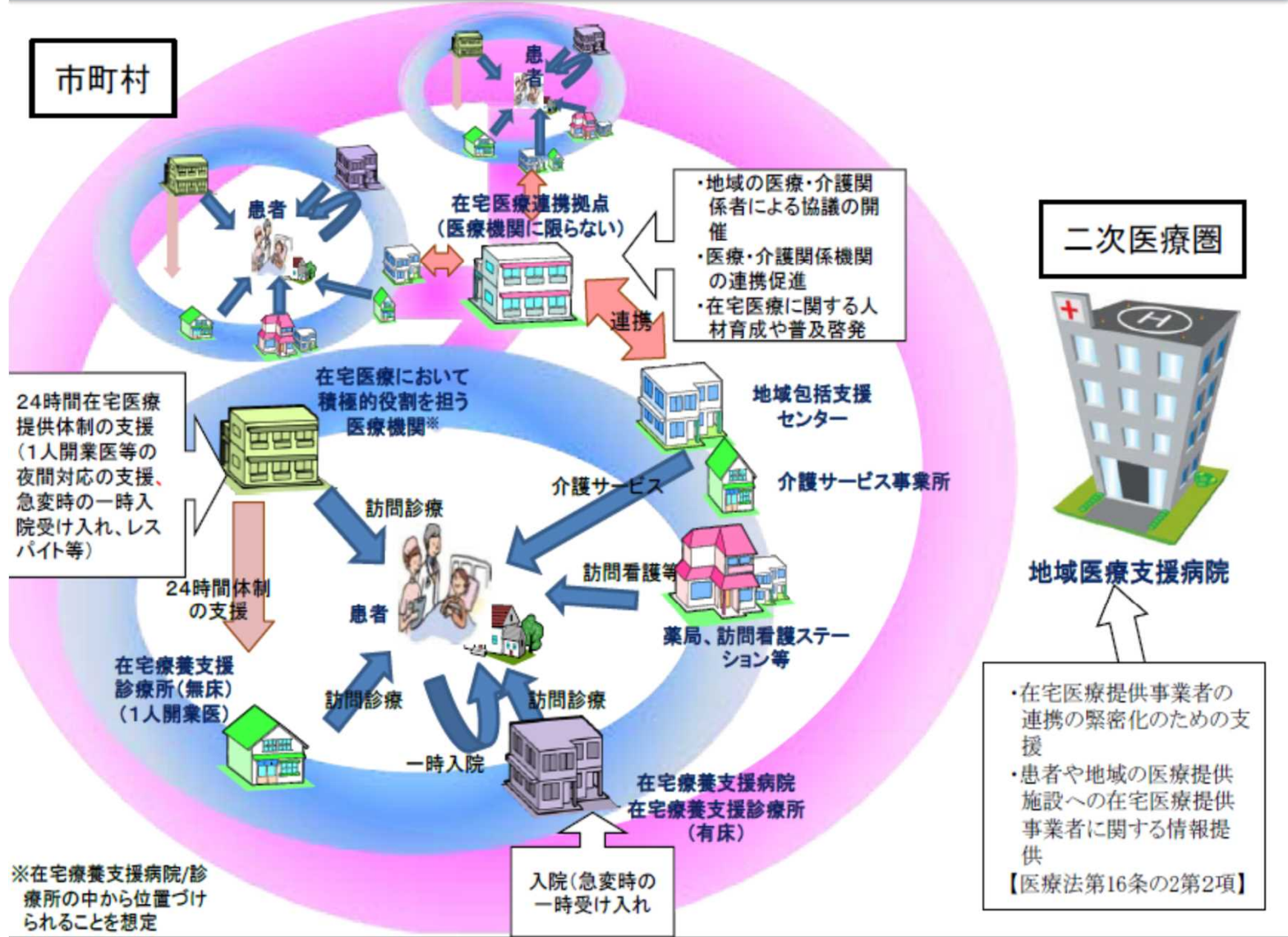
○2008（平成20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。



○医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること―すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」―も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

○「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。

# 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の役割(イメージ)



# 在宅医療の構造(Ⅱ)(基本文書2【図4】より)



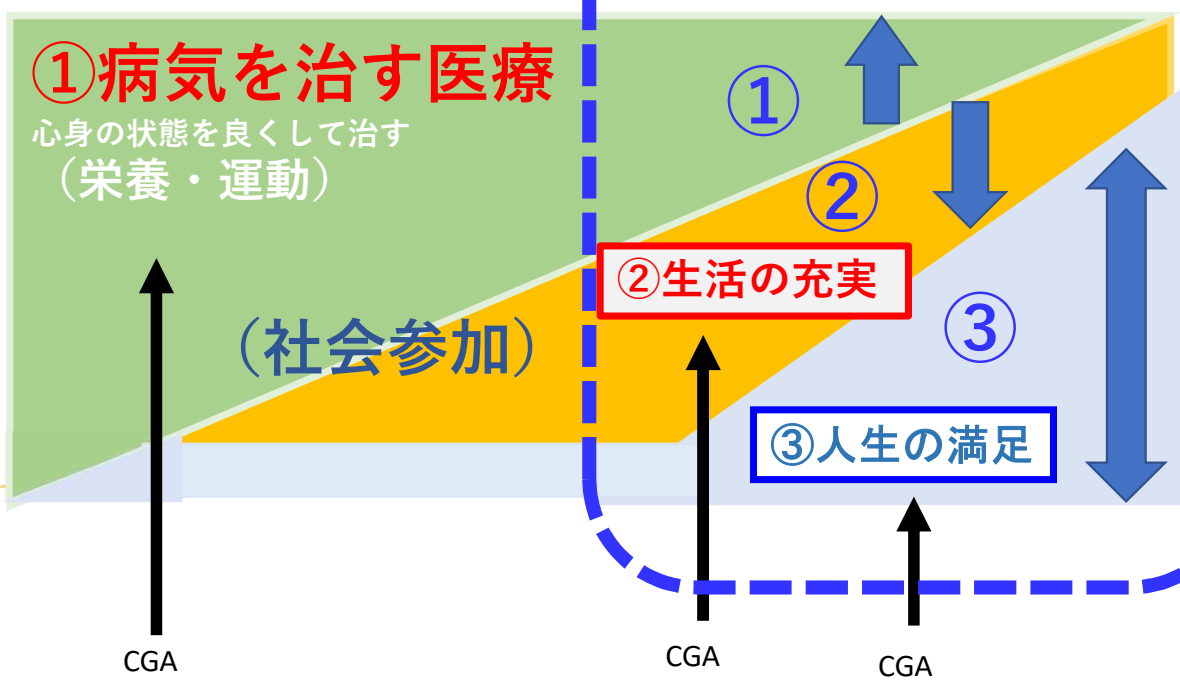
JHHCA  
JAPAN HOME HEALTH CARE ASSOCIATION

入院医療・外来医療

在宅医療

【ターニングポイントの要素と判断】

根拠に基づく情報により総合的に  
評価・本人(家族)の選択を重視

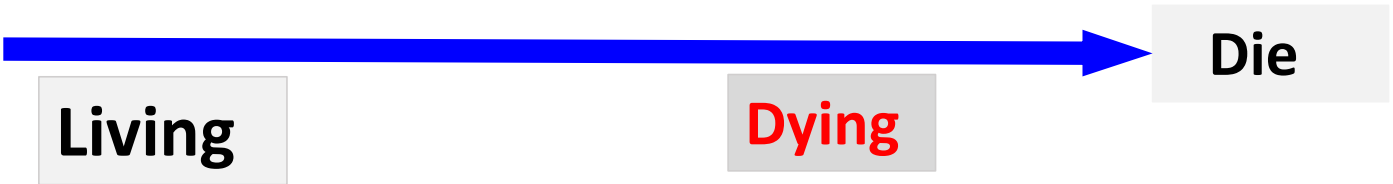


①生命(生理的健康)に対する支援

②生活の充実(生きがいを含む)を支援  
・おいしい物を食べる  
・趣味?旅行?  
・一緒にいたい人と暮らす

③人生の満足(生きがいを含む)を支援  
・人生に納得できたか?  
・他者との関係性をしめくくり旅立てたか

医師+多職種連携



## 介護保険法の理念と医療法の理念

### 介護保険法

#### (目的)

**第一条** この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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に係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### 医療法

**第1条の2** 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

## 4 「生活」と「人生」の質という評価軸の重要性 ー「健康」と「生きがい」の概念に関連して

### (1) 「健康」について

①慢性疾患中心の疾病構造に移行し、障害に関する考え方も変化するなどの時代変化の中で、WHOの「健康」の定義（注）だけでない、新しい健康の概念が生まれつつある。一フーバーらが、健康を「社会的、身体的、情緒的困難に直面した時に、適応し、セルフマネジメントできる能力である」と定義するなど、健康をより積極的な概念として捉える動きが出てきている。

（注）WHOの定義は、「完全」や「状態」という言葉が使われていることから、理想的な「状態」を求めることになり、それが、医療への過度の依存を助長すると批判されている。

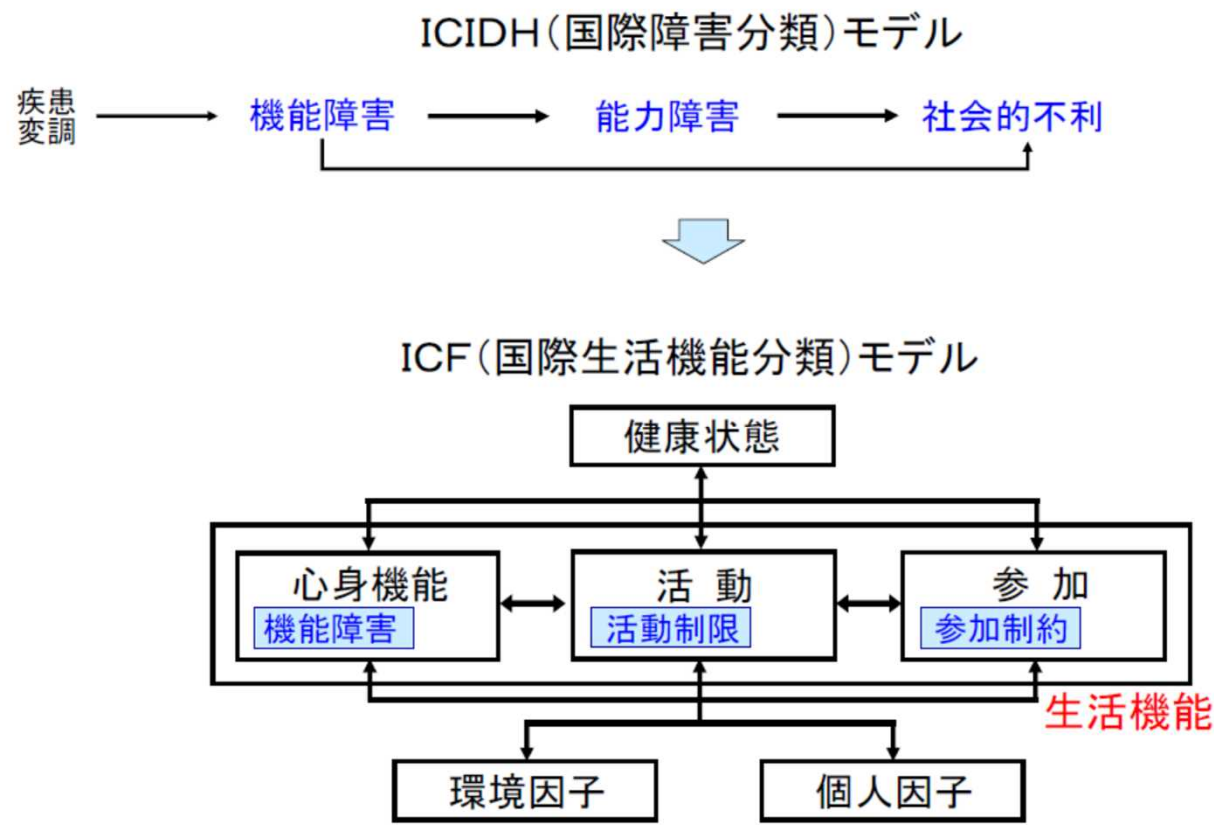
一ICF（国際生活機能分類）では、健康の構成要素として、「心身機能」だけでなく「活動」と「参加」を含めた三つの事項を相互に影響を及ぼしあうものとして並列に位置づけ、新しい健康観を提示している。

②以上のような状況を踏まえると、健康は、現在においては、病気でない状態はもとより、病気であっても、障害状態であっても、あるいは亡くなる時であっても健康であることができるという幅広い概念といえる。

## WHOの健康の定義

「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 」 - [WHO definition of Health](#)

「健康とは、完全な身体的、精神的、社会的な良好な [ある] 状態のことであり、それは単に病気や虚弱がない状態だけではない。」





(2) 「生きがい」について

老人福祉法の平成元年改正において「生きがい」の概念が位置づけられ、高齢者福祉の重要な概念とされている。

- 第2条「老人は、（中略）生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」（下線部分の追加）

(注) 生きがいについて

神谷美恵子氏の「生きがい」についての考察が有名であり、「生きる喜び」と「はりあい」という二つの側面があると説明されている。

- 「（生きる）よろこび」：「生きがいについていちばん正直なものは感情であろう...いきいきとしたよろこび...これこそ生きがい感の最もそぼくな形のもの」（著書より）
- 「はりあい」：「『自分の存在は何かのため、またはだれかのために必要であるか』（という問い）が肯定的に答えられれば、それだけで充分生きがいをもとめるひとが多いと思われる。」（著書より）

### (3) 「健康」及び「生きがい」の概念と介護福祉士

①「健康」の概念は、変容し、あえて言うとな「QOL」の概念に近くなってきており、「生活」と「人生」の質が大変重視されるようになってきた。

②「生きがい」は、高齢者福祉における基本的な概念であり「生活の充実」や「人生の満足」の重要な要素である。

➡日常生活を営むことに支障がある者への介護保険法の目的に沿って介護を行う専門職である介護福祉士の役割は、今後、極めて重要

### Ⅲ、介護福祉士養成教育への期待 一時代の潮流に応じた介護の役割の重要性の自覚が基本

#### 1 介護の役割の重要性

##### (1) 慢性疾患中心の疾病構造への変化と介護

①慢性疾患中心の疾病構造への変化は、いわゆる医療モデルだけでなく生活モデルの体系である介護の重要性が高まることを意味している。

②病気治療に着目した「薬」だけでなく、「適切な食事内容」や「食べる喜び」や「日々の生活や人生の充実」が重要となる。

##### (2) 緩和ケアの概念から一步踏み込んだ日本の在宅ケアの考え方と介護

医療分野を中心に海外から導入された緩和ケアという概念は、苦痛や苦悩からの解放という基本的考え方で行われて来たが、地域包括ケアにおける在宅ケアにおいては、それにプラスして生きがいが必要だという考え方が日本在宅ケアアライアンスから示されている。そうになると介護の役割は極めて重要となる。

##### (3) 新たな調査研究と介護

介護によるQOLの向上についての事例研究等の実践に裏打ちされた調査研究の進展と成果が望まれる。介護福祉士養成施設はそれを常に積極的に取り込んでほしい。

## 2. 医療介護の連携の構図から見た「介護の専門性」

### (1) 医療介護が連携する在宅医療の実践から見た専門性の違い

①医師は医療行為を、看護師は、診療の補助や療養上の世話を、業務独占で行う。

#### 【専門性の視点】

(利用者の「生活」の側面にも目を向けるべきことは意識されているが) 評価軸の基本は利用者の「生命(救命・延命)」

②介護福祉士による介護行為は、誰もがができる。

#### 【専門性の視点】

評価軸の基本は「生活(生きがいを含めた生活の充実)」「人生(生きがいを含めた人生の満足)」

➔「その人らしい暮らし」の発見と追求ということが重要であり、この点における専門性に関しては、介護福祉士は医療介護を通ずる職種のうちで第一の位置に立つべき職種であるといえる。

### (2) 介護福祉士と医療系専門職は、それぞれの専門性の立場から、対等

QOLの最大化のために、それぞれの専門性に立った上で連携をして、ベストのケアを目指すという構図

### 3. 介護福祉士の専門性のコア

(1) 介護福祉士は、自らの専門性について再確認し自負心を持つ必要

①介護の立場からの介護計画の策定が専門性主張の基本

②医師の治療計画、看護師の看護計画とのすり合わせ

➔介護福祉士においては、「生活の充実」「人生の満足」という視点に立った評価軸により、根拠をもった形で強い発言権を持つという自負心（気概）が必要である。

(2) 介護計画を通じた医療系職種への具体的な発信力が必要

①観察力と介護計画作成力

介護福祉士は、利用者の暮らしを最も熟知し、利用者らしい暮らし（好きなことや生きがいを含む）を最もよく知る存在であるという自覚に立った観察力と介護計画策定力が必要

②主張をして議論をする力

あるべきケアについての根拠に基づく主張を他の職種と出し合い議論するプロセスを現場で作る必要

➔介護福祉士の考えを根拠のある形で言語にして伝える力が重要となる。

、(3) 認知症ケアの専門性

認知症ケアのコアは、利用者を中心においた寄り添うケアであるといえ、それは、利用者の生活と人生に寄り添うことに他ならない。介護福祉士の専門性が最も必要とされている。

(4) 在宅介護の手法の総合・包括化と高度化

24時間対応包括報酬の登場（小山氏の思想）に伴い、介護の専門性は、提供サービスの形態の常時の最適選択等の包括性、家族（自助）と地域（互助）との常時の積極的な連携といったより総合的・包括的な高度なものが求められる。

(5) 介護計画を支える基本的スキルの確認

介護職ならではの24時間を通ずる①独自の観察力に基づく評価と②それを記録する力と③記録を引き継ぐチーム力が不可欠である。

(6) リーダー職の重要性

医療系職種のように業務独占されておらず幅広い介護職が参加する介護の分野においては、各介護現場におけるリーダー職の資質が強く問われる。

## 4. 介護福祉士養成施設への期待

### (1) 養成施設の使命

養成施設の使命は、介護の理念と論理と方法の基礎を体系的に教育することにある。

### (2) 独自の専門性の強調

医療行為は、医療法規により規制されているので、それに従う必要があるが、介護の理念と論理と方法は、独自に存在するのであり、その専門性に使命感を持ち、専門職として常に自己研鑽することの大切さを教育する必要がある。

### (3) 医療についての学びの推進

今後は、医療介護の連携という社会的な要請に応じ、医療行為についても学び、現場実践での責任を果たしていくという基本姿勢が必要ではないか。

### (4) 介護過程の論理化

適切な介護計画を作成するためには高い専門性が必要であり、介護の臨床の典型事例を時代に即応して常に体系的に整理し、基礎理論の体得や演習に活かすなど、教育課程における介護過程の実践的な論理化を進める必要があるのではないか。

### (5) 養成の高度化

認定介護福祉士の制度に留意し、介護福祉士養成の過程に、4年制の過程（介護福祉士としての現場実践後のステップアップ教育を含む）を積極的に導入するべきではないか。