

# 将来の介護需要に即した 介護サービス提供に関する研究会

## 報告書

2016年3月24日

経済産業省 経済産業政策局 産業構造課

## <目次>

第一章 現状の延長線上において顕在化する課題	…	2
第二章 課題克服のための3つの視座と対応策	…	85
1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・効率的な介護サービスの在り方について	…	87
2. 地域特性に即した効果的・効率的な介護サービスの在り方について	…	128
3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて	…	166
第三章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ	…	215

(参考資料)

- 参考資料集

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

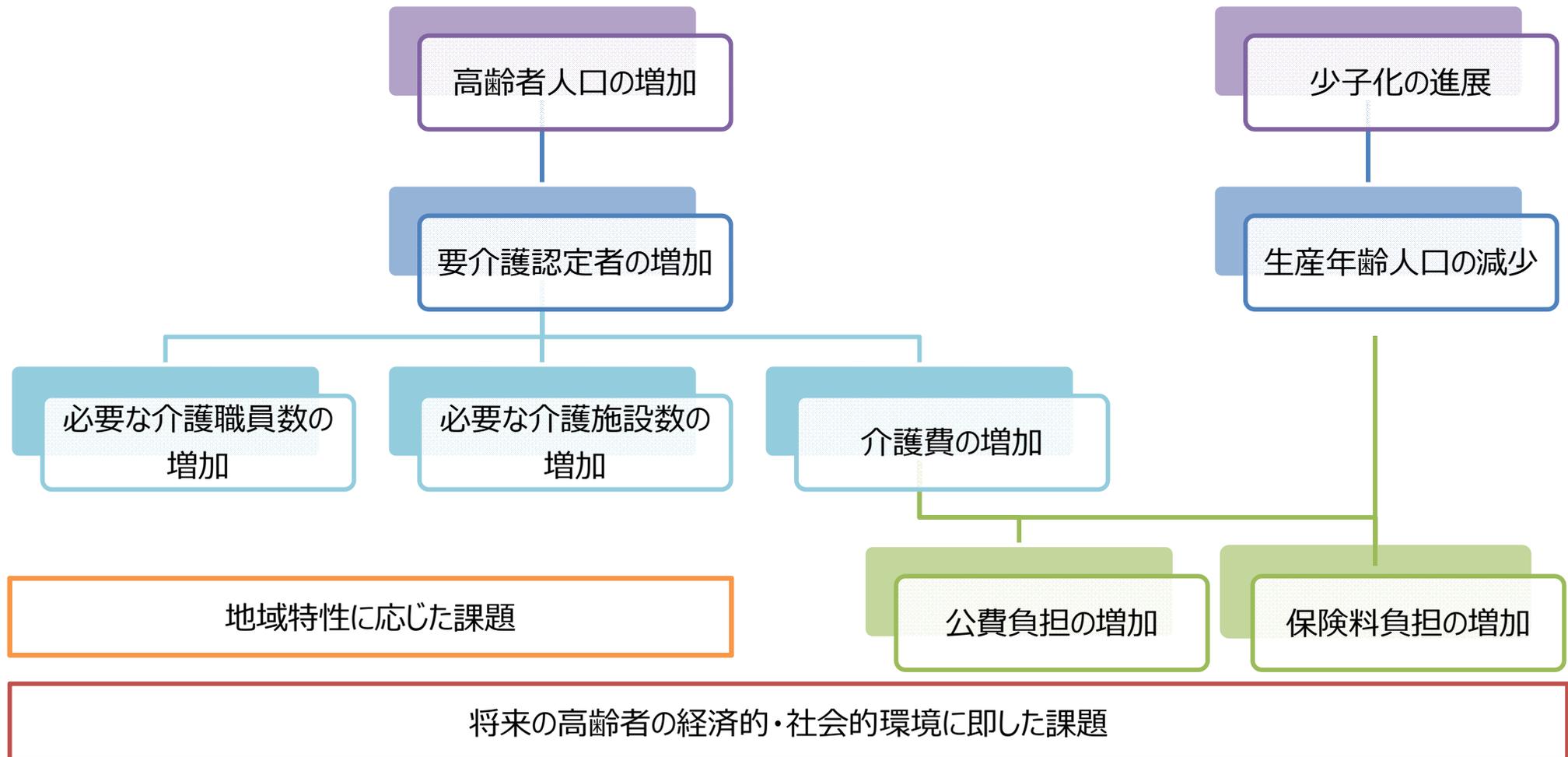
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-0 少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造について

- 今後少子高齢化が進展する中で、要介護認定者の増加及びこれに伴う必要な介護サービス量の拡大や公費・保険料負担の拡大が進む一方、生産年齢人口は減少していく。
- これら構造的な変化に伴う課題について、本章において概観する。

## 少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造イメージ



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

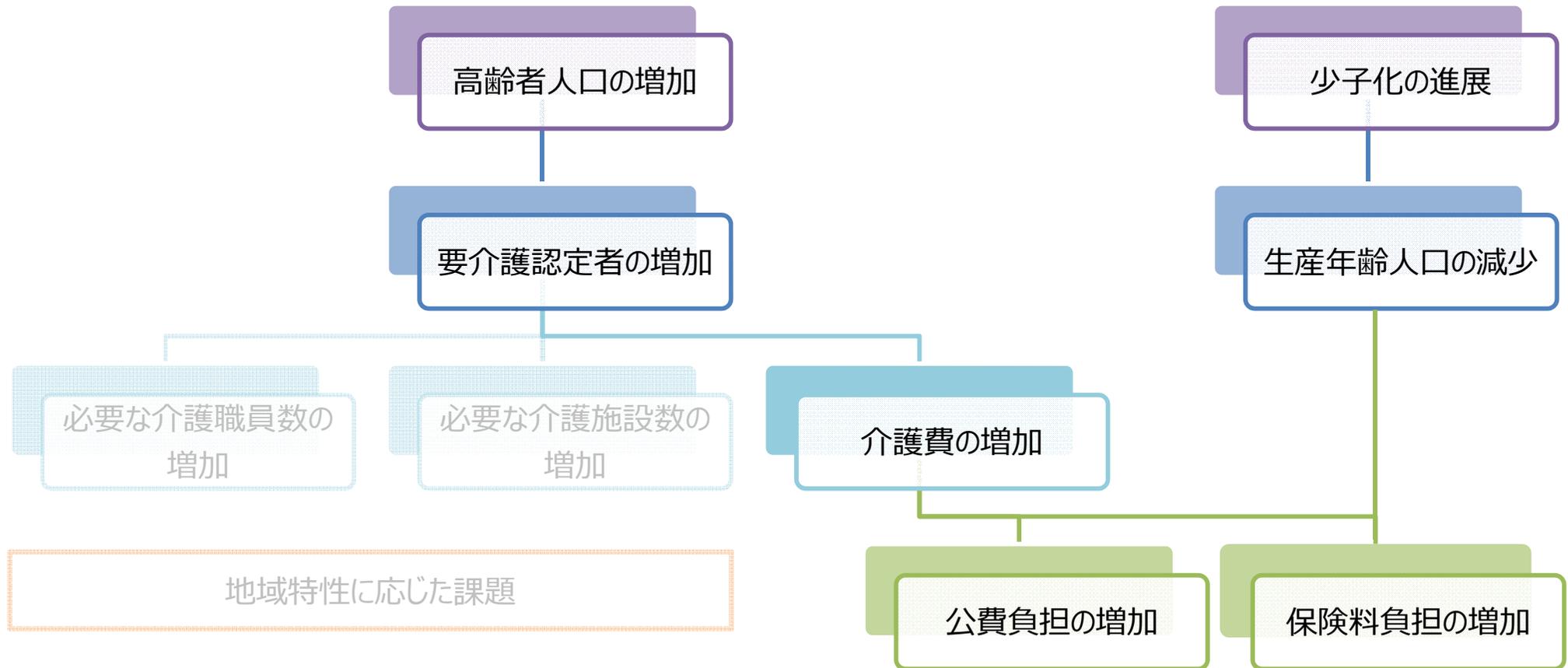
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-1-1 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大

- 本項においては、日本の将来人口推計に基づいて、将来の介護需要及び、保険料負担の見通し等について、概観する。

## 少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造

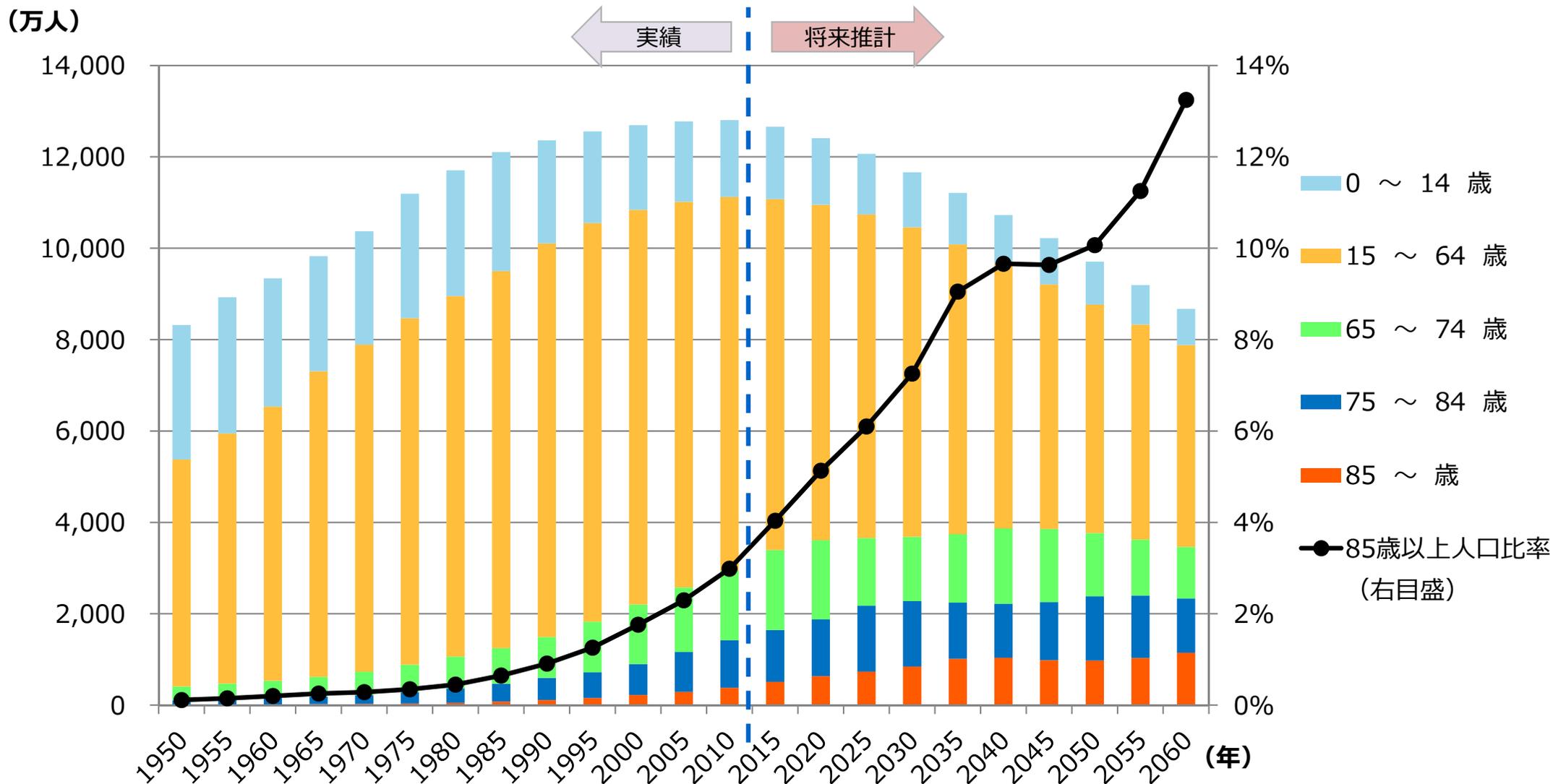


地域特性に応じた課題

将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した課題

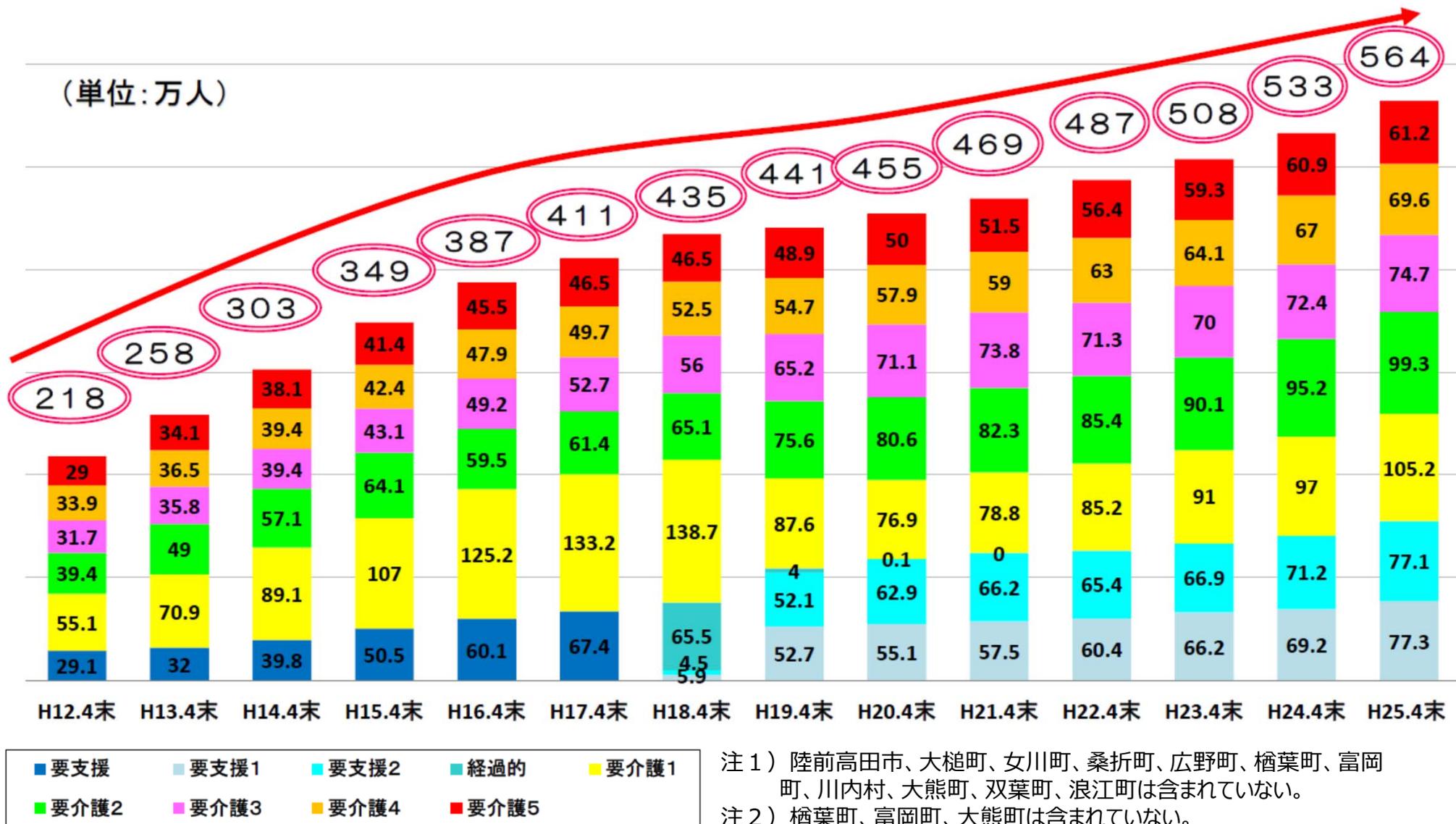
# 1-1-2-1 日本の将来人口推計

- 今後少子高齢化が進展する中で、高齢者人口比率は今後拡大していく見通し。特に85歳以上人口比率は急拡大。



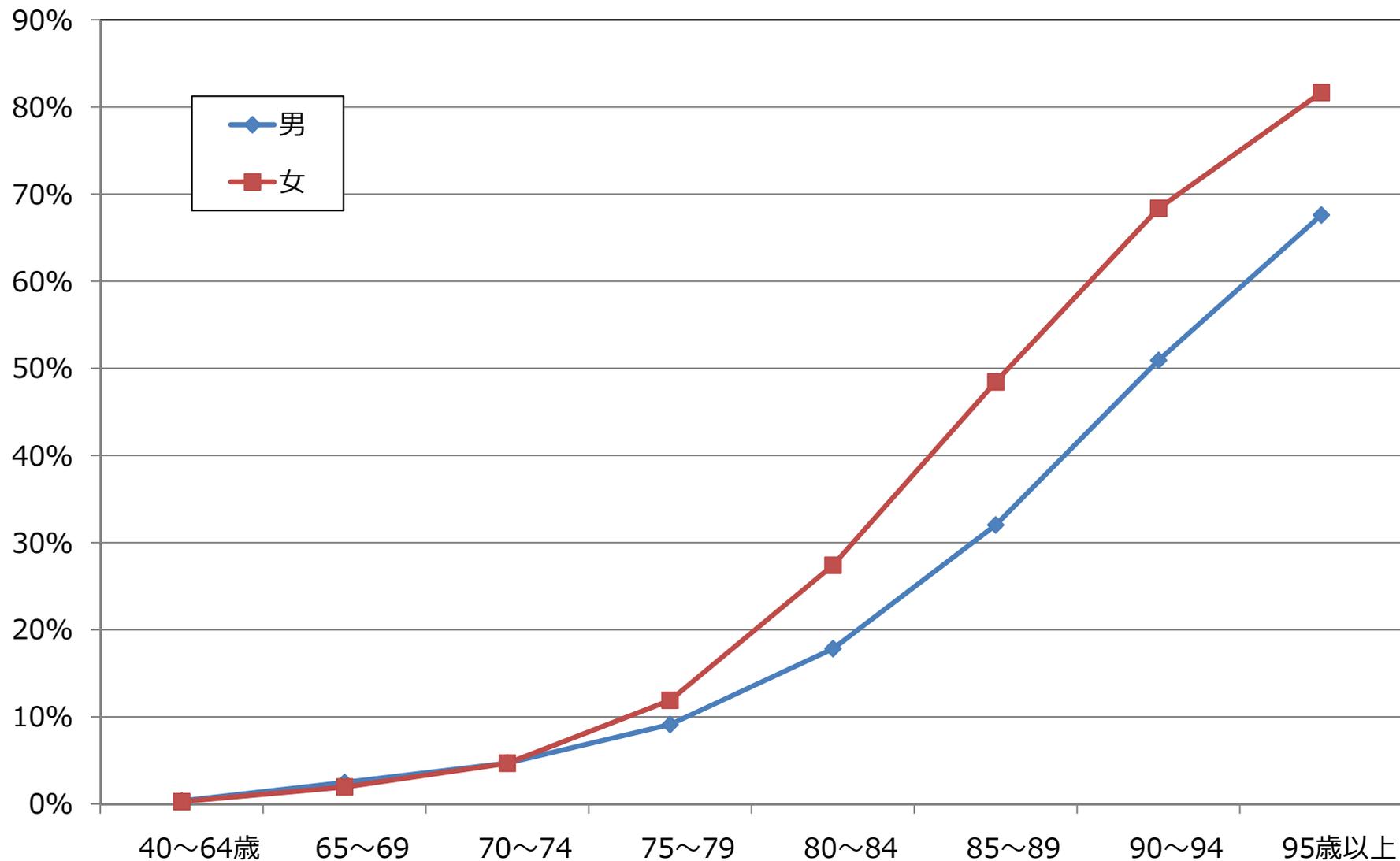
# 1-1-2-2 要介護度別認定者数の推移

- 要介護（要支援）の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、制度開始（平成12年度）以来2.6倍に増加。また、近年、増加のペースが拡大。



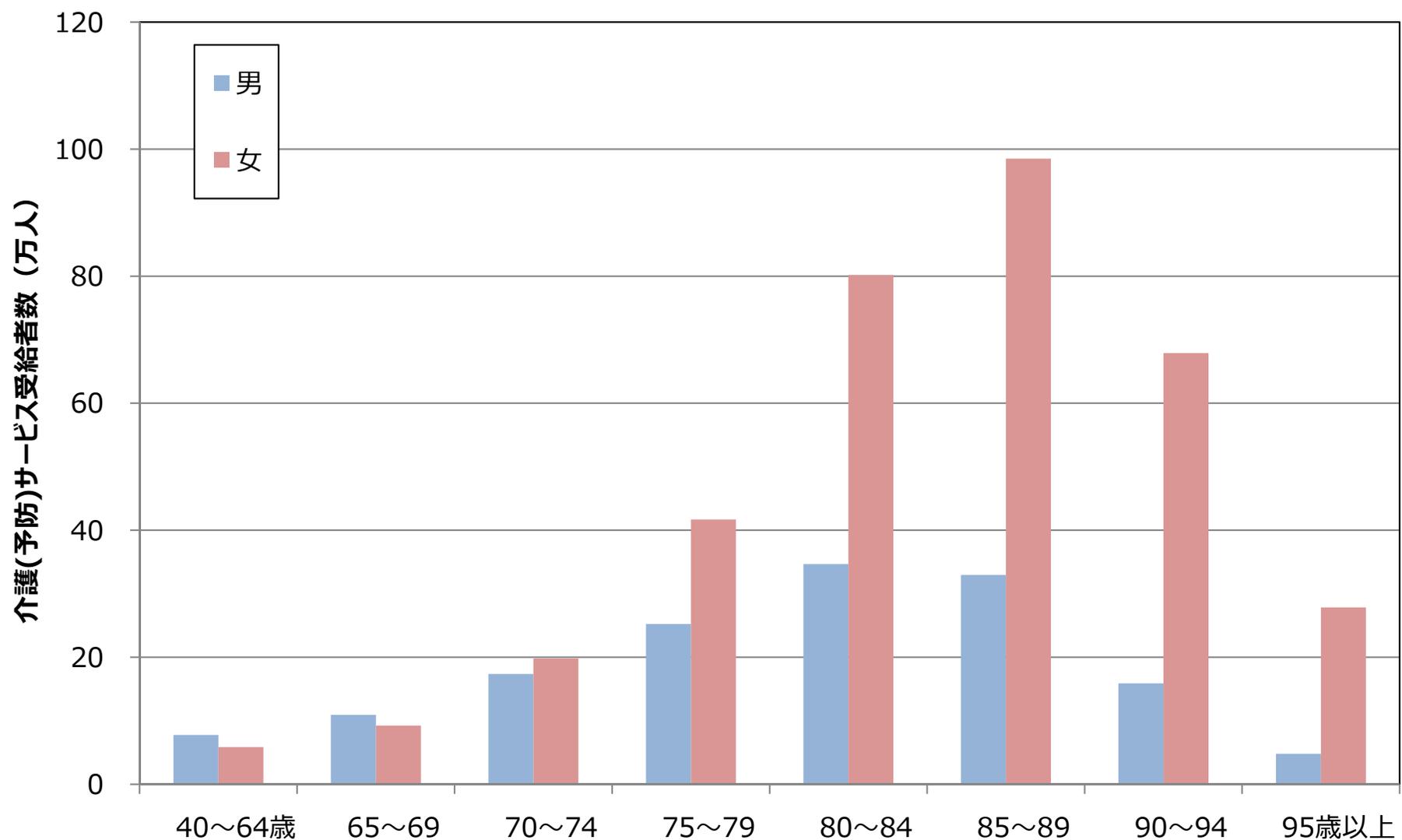
# 1-1-2-3 人口に占める性・年齢階級別介護(予防)サービス受給者の割合 (2014年)

- 性・年齢階級別に人口に占める介護(予防)サービス受給者の割合を見ると、80歳から急増。



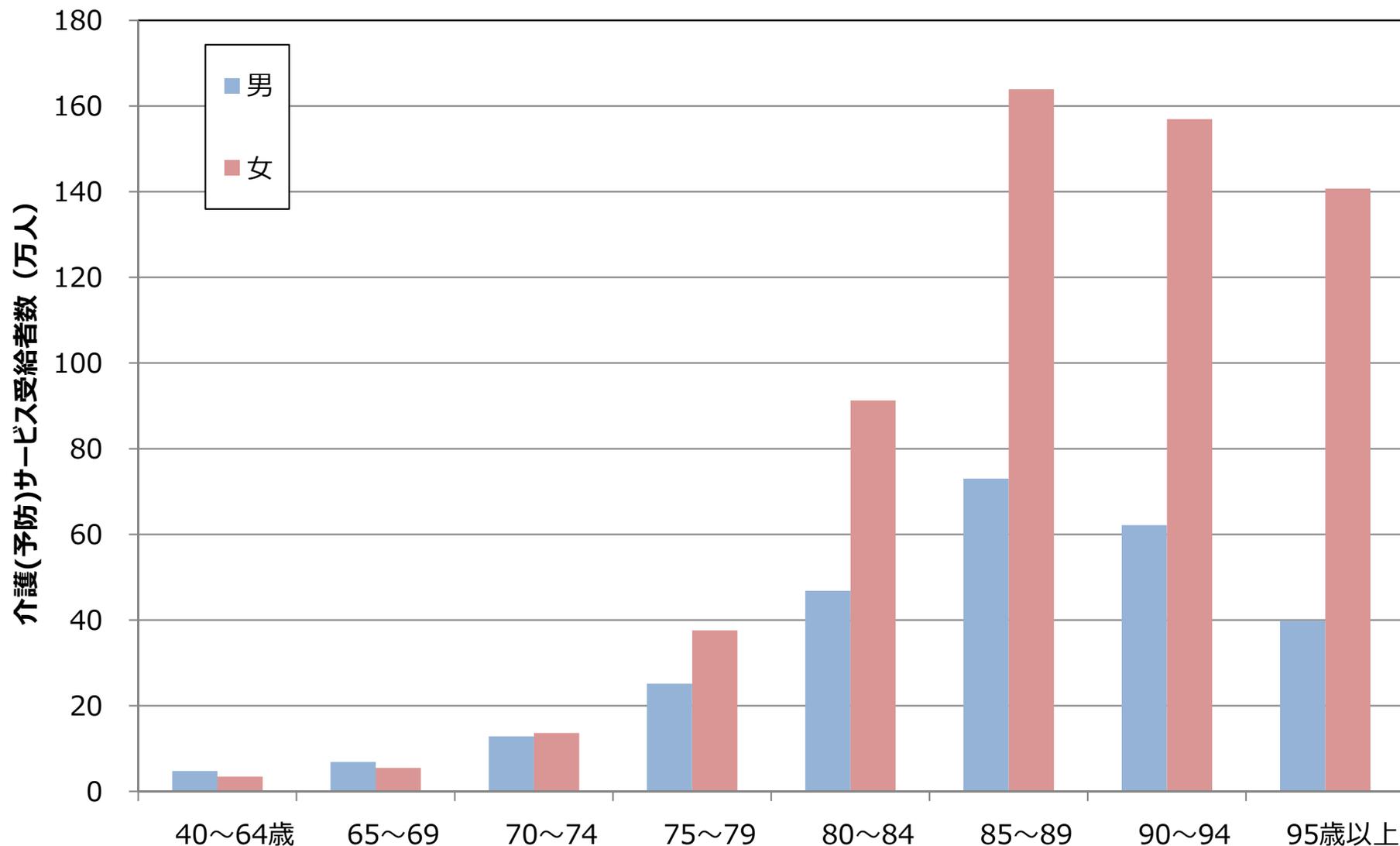
## 1-1-2-4 性・年齢階級別介護(予防)サービス受給者数 (2014年)

- 性別、年齢階級別に見ると、85歳以上かつ女性の介護(予防)サービス受給者数は、男性の2倍以上。



# 1-1-3-1 将来推計（性・年齢階級別介護(予防)サービス受給者数（2060年））

- 2060年推計においても女性の介護(予防)サービス受給者数が男性よりも多数となる一方、90歳以上の男性の介護(予防)サービス受給者数は2014年と比較して3倍以上に増加。

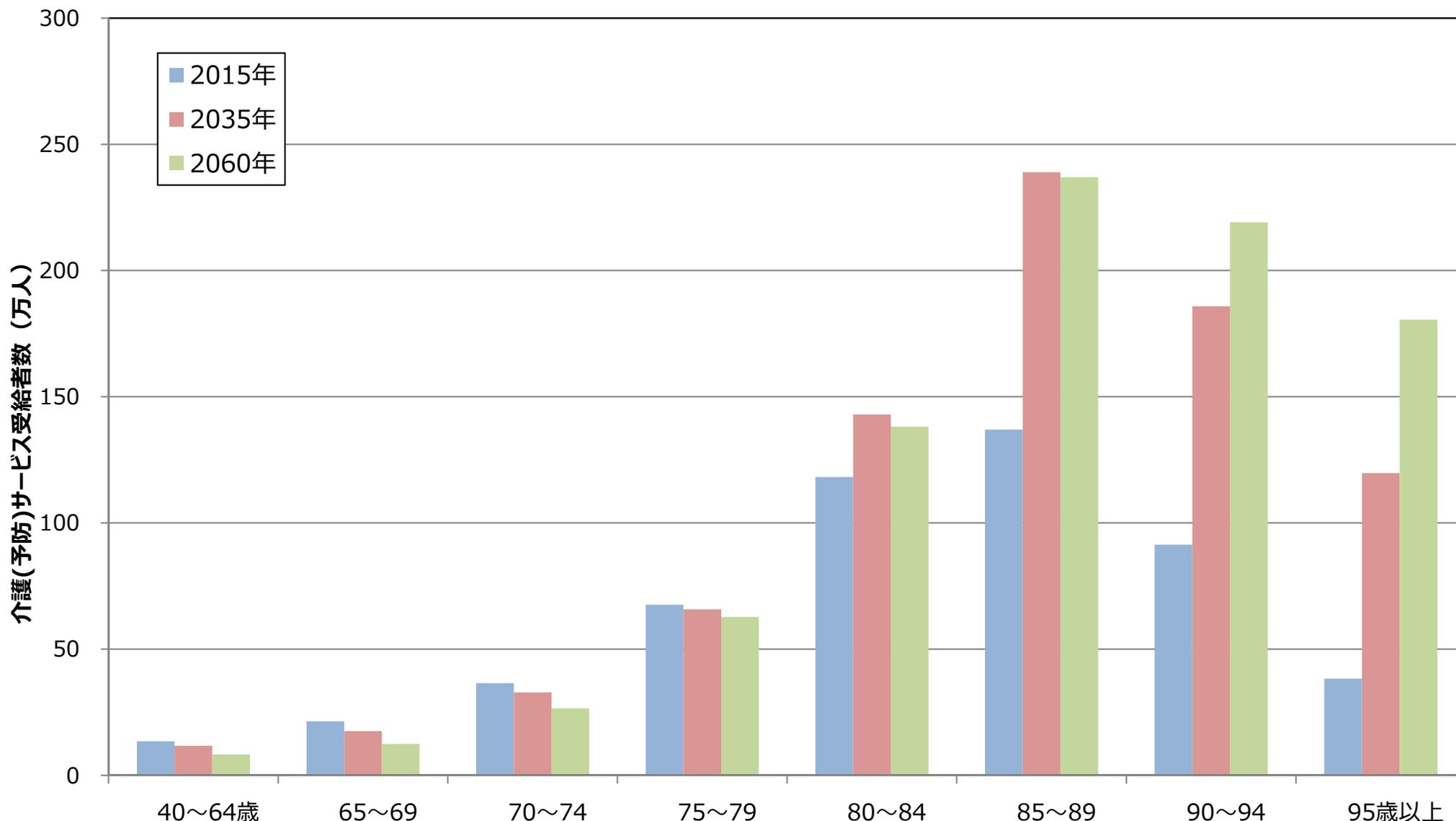


(出典) 厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、総務省「平成26年度人口推計」、  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より経済産業省が作成

## 1-1-3-2 将来推計

### (年齢階級別の介護(予防)サービス受給者数の推移)

- 2035年には、85歳以上の介護(予防)サービス受給者数が急激に増加する見込み。

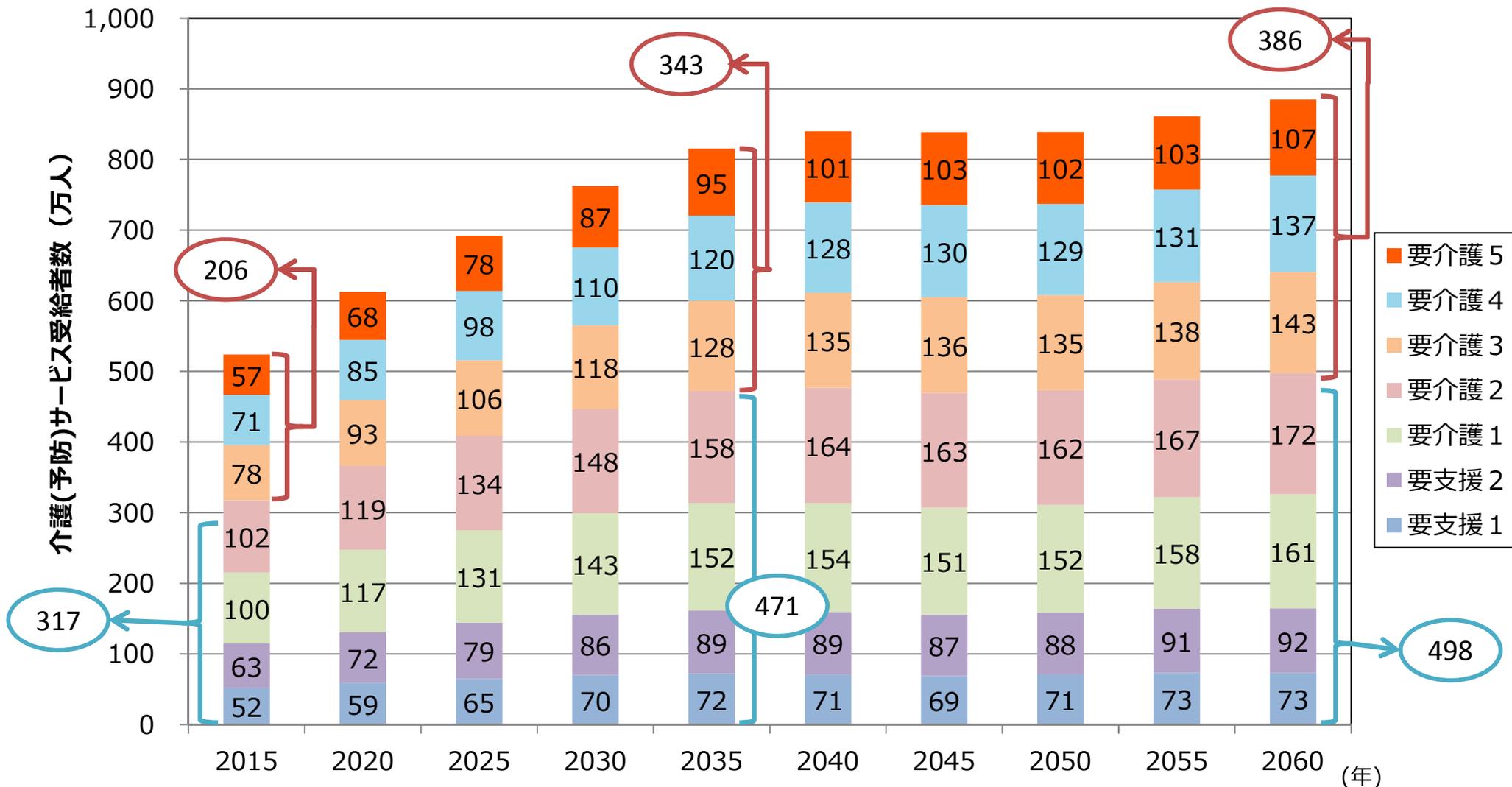


(出典) 厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より経済産業省が作成

# 1-1-3-3 将来推計

## (要介護 (要支援) 度別の介護(予防)サービス受給者数の推移)

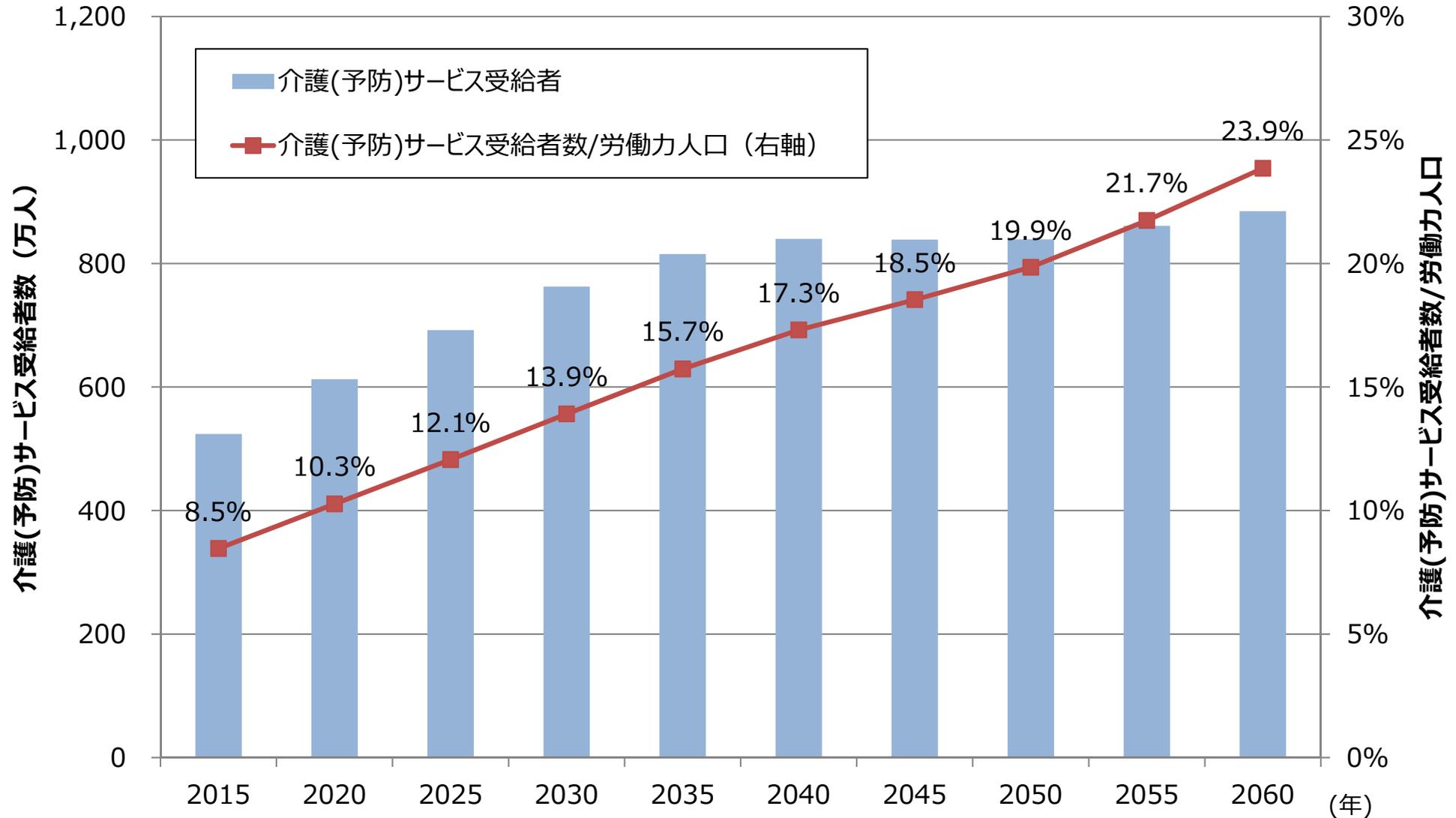
- 要介護 (要支援) 度別の介護(予防)サービス受給者数を推計すると、2060年には要介護2以下の介護(予防)サービス受給者が2015年の1.6倍まで増加する見込み。一方で要介護3以上の介護(予防)サービス受給者数は2015年の1.9倍まで増加する見込み。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

# 1-1-3-4 労働力人口に対する介護(予防)サービス受給者の割合の将来推計

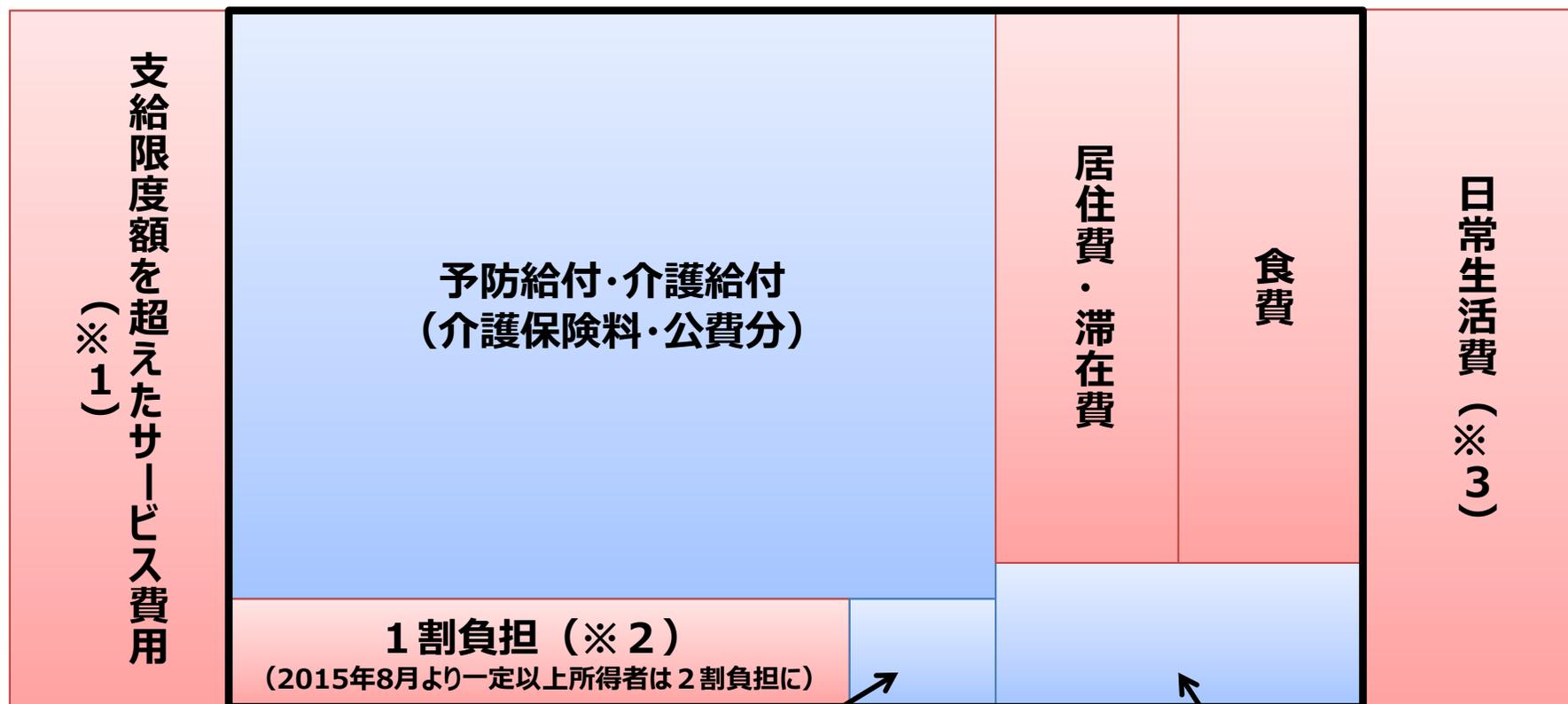
- 少子化に伴い、労働力人口に対する介護(予防)サービス受給者数の割合は約3倍に（2015年→2060年）。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、総務省「平成22年国勢調査」、厚生労働省「平成25年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

# 1-1-4-1 介護費の負担の構造

- 介護に要する費用は、公費及び介護保険料負担分（青）と自己負担分（赤）に分類される。



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による負担の軽減

特定入所者介護サービス費（補足給付）による居住費・滞在費、食費の軽減

※1 居宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額が設定されている。

※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。

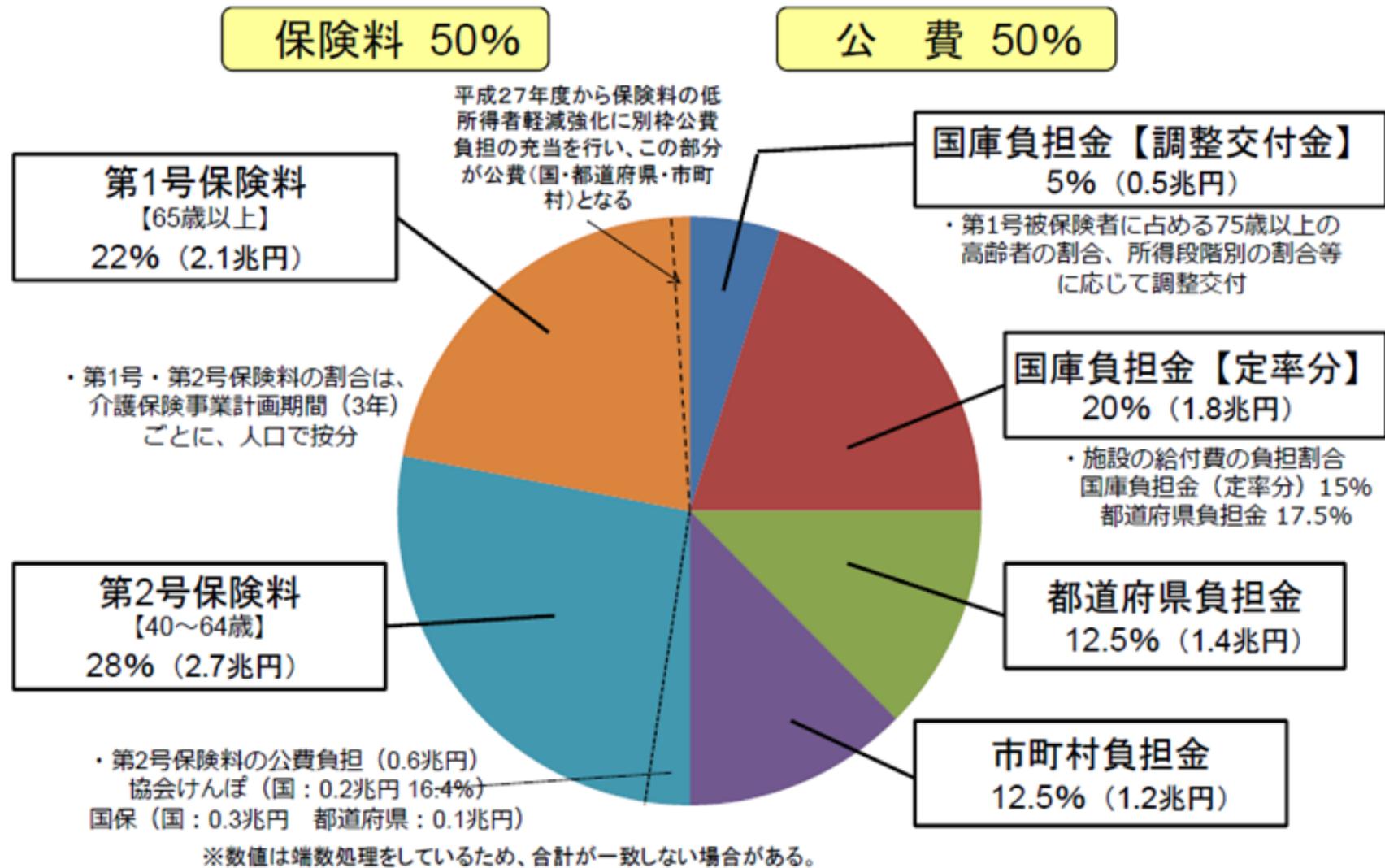
※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。

（例、理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など）

（出典）厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」より経済産業省が作成

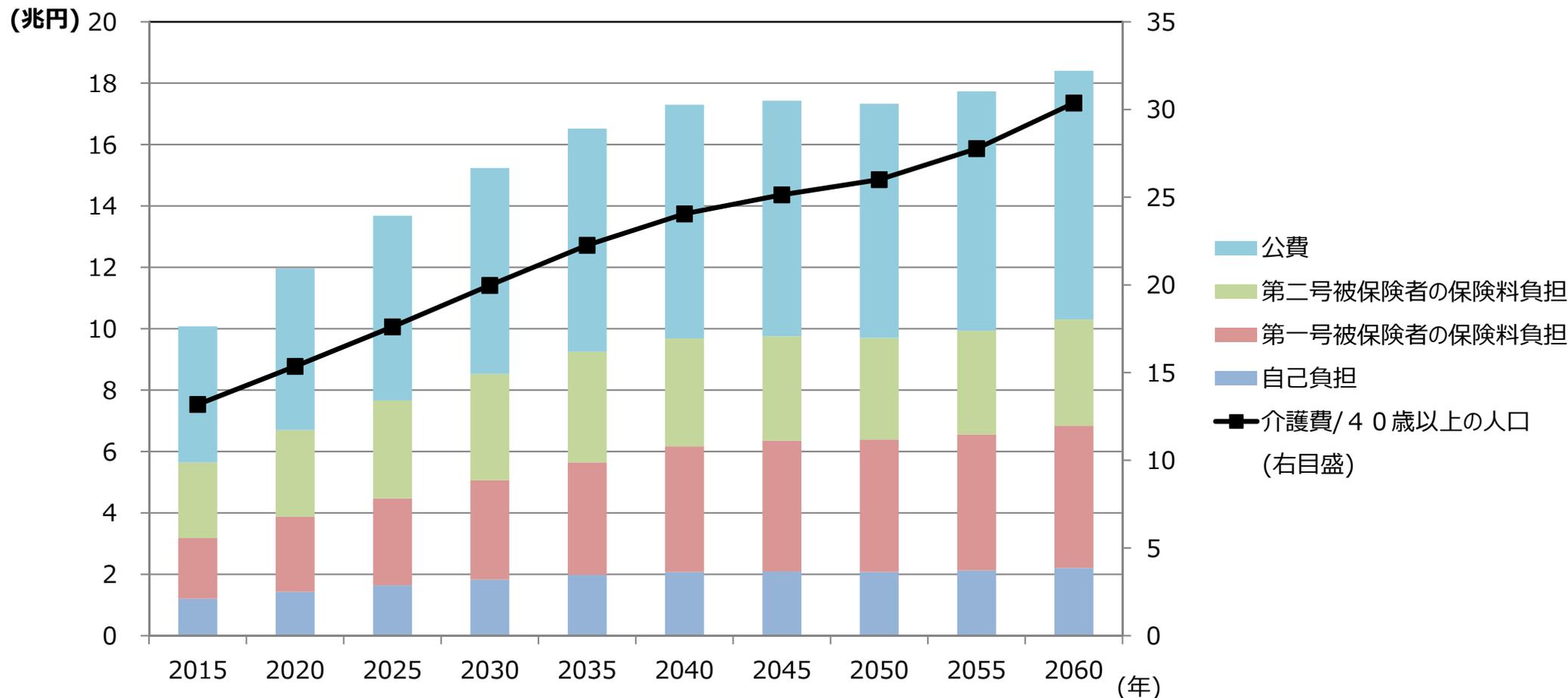
# 1-1-4-2 介護保険制度の財源構成

(28年度予算(案) 介護給付費：9.6兆円  
総費用ベース：10.4兆円)



# 1-1-4-3 介護費の将来推計

- 年齢階級別介護(予防)サービス受給者数と年齢階級別要介護（要支援）度別の一人当たり介護費から、2060年までの介護費を推計。
- 2060年には、介護費が2015年の2倍近くになる見込み。

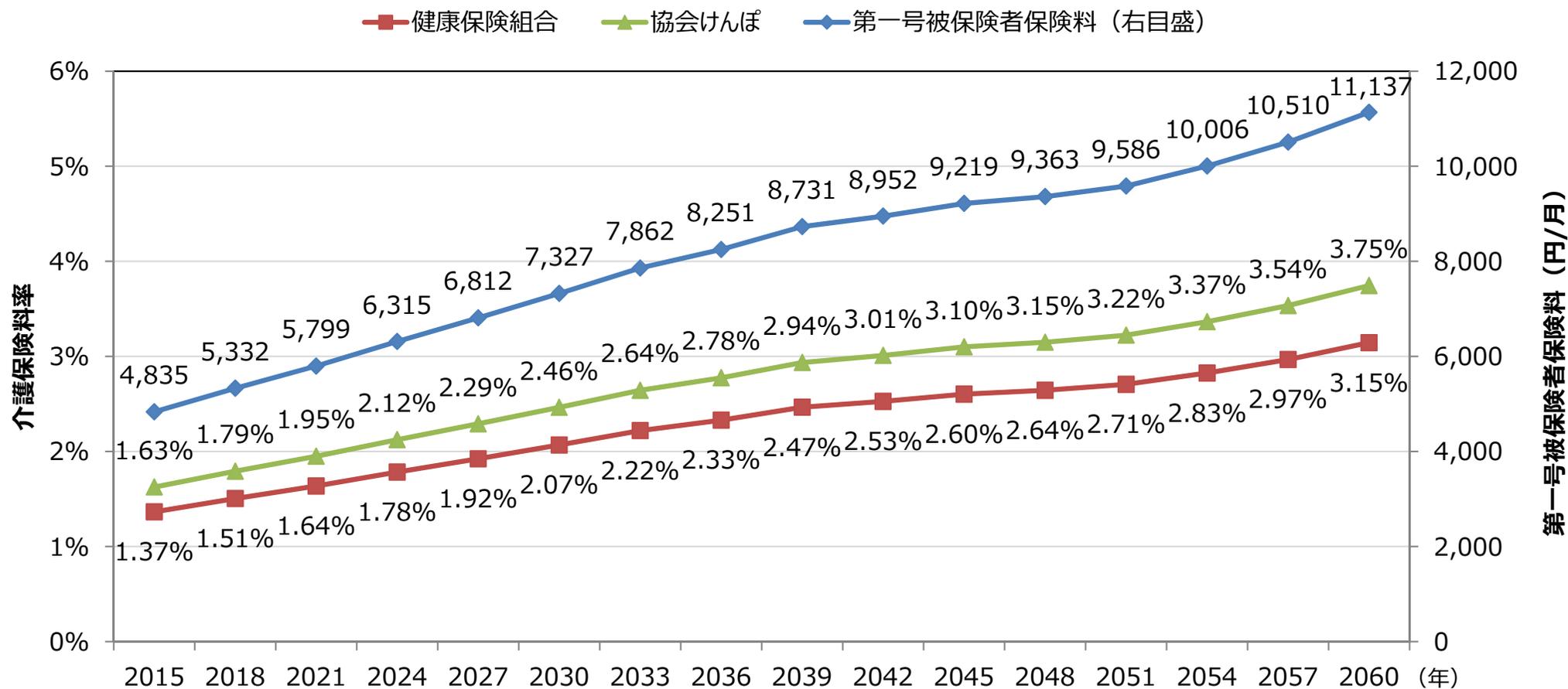


- ※ 自己負担2割の対象者が、被保険者の2割であることから、サービス利用者の2割が自己負担2割だと仮定。
- ※ 物価・賃金の伸び、介護報酬改定による伸びについては考慮せずに試算。
- ※ 平成26年度における地域支援事業については推計に織り込んでいない。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、厚生労働省「資料1 費用負担の公平化について（社会保障審議会 介護保険部会（第49回）」より経済産業省が作成

# 1-1-4-4 介護保険料負担の将来推計

- 介護費の将来推計から、将来の健康保険組合、協会けんぽの介護保険料率を推計。
- 2050年頃には、健康保険組合の介護保険料率、協会けんぽの介護保険料率及び全国平均の第一号被保険者の介護保険料いずれもが、2015年の2倍を超える見込み。



※ 協会けんぽの介護納付金について、国庫補助金等が介護納付金の16.4%と仮定。

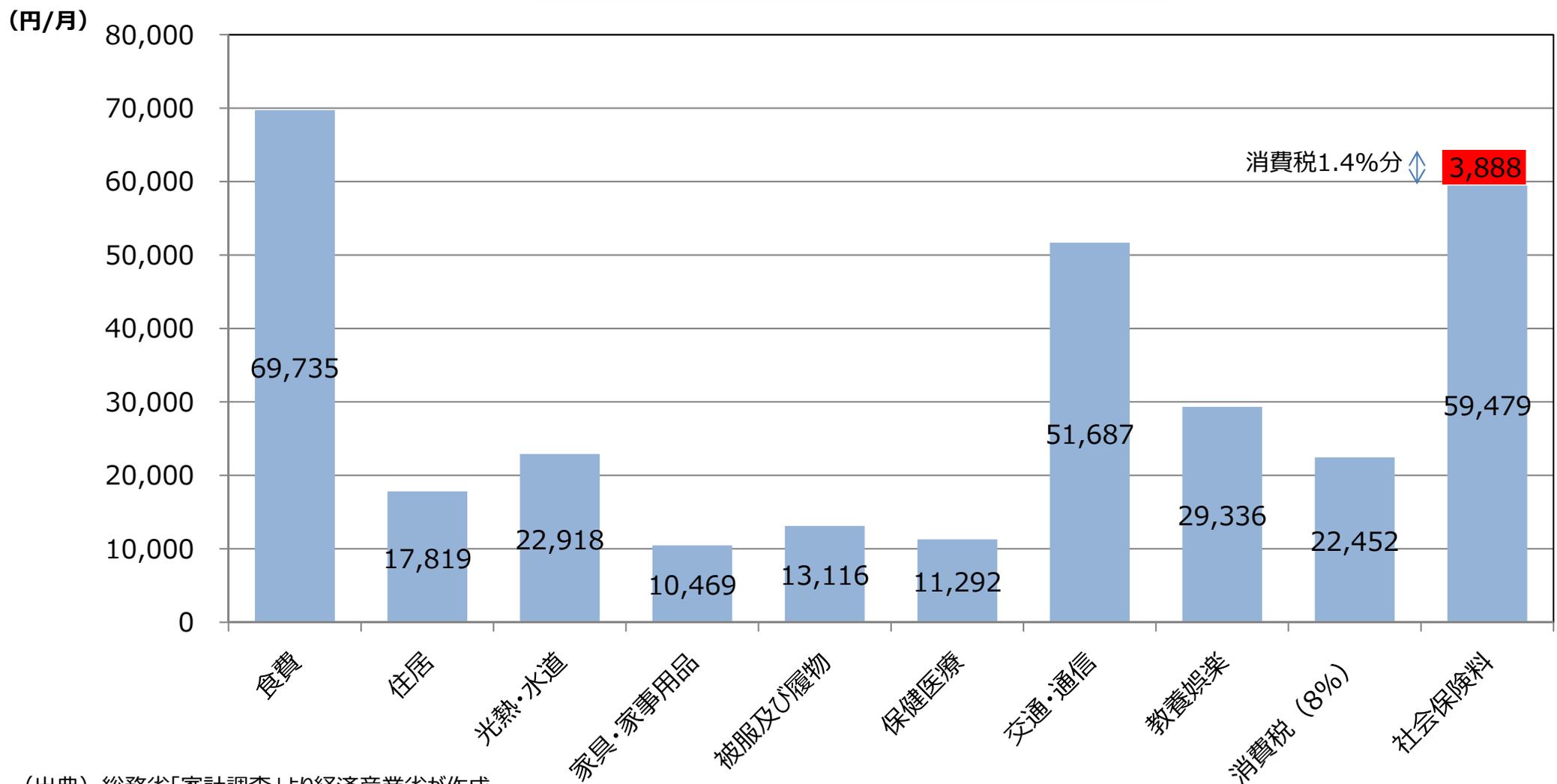
※ 健康保険組合と協会けんぽの加入者一人当たりの報酬額は、2012年度のものをもととして仮定。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」  
健康保険組合連合会「平成25年度健保組合決算見込の概要」、全国健康保険協会「平成24年度決算報告書」より経済産業省が作成

# 1-1-4-5 介護費増加に伴う家計負担の増加①

- 2060年には、第二号被保険者家計に関して消費税1.4%分の介護保険料負担が増加する見通し。
- また、介護保険料負担増に加え、公費負担についても、2060年において消費税1.4%分程度の負担増加が生じる見通し。

家計支出（40～64歳）における介護保険料負担の影響



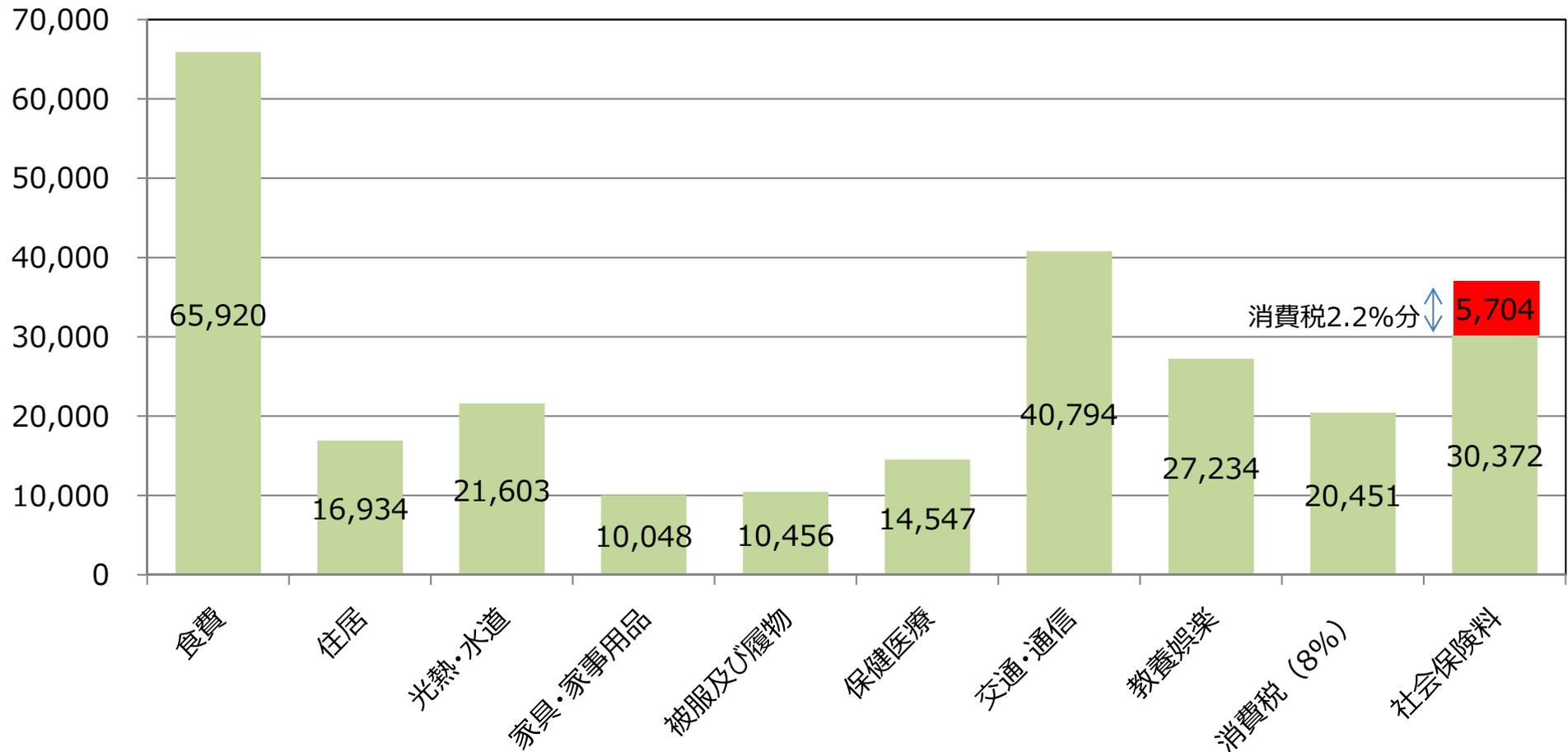
(出典) 総務省「家計調査」より経済産業省が作成

## 1-1-4-6 介護費増加に伴う家計負担の増加②

- 2060年には、第一号被保険者家計に関して消費税2.2%分の介護保険料負担が増加する見通し。
- また、介護保険料負担増に加え、公費負担についても、2060年において消費税1.2%分程度の負担増加が生じる見通し。

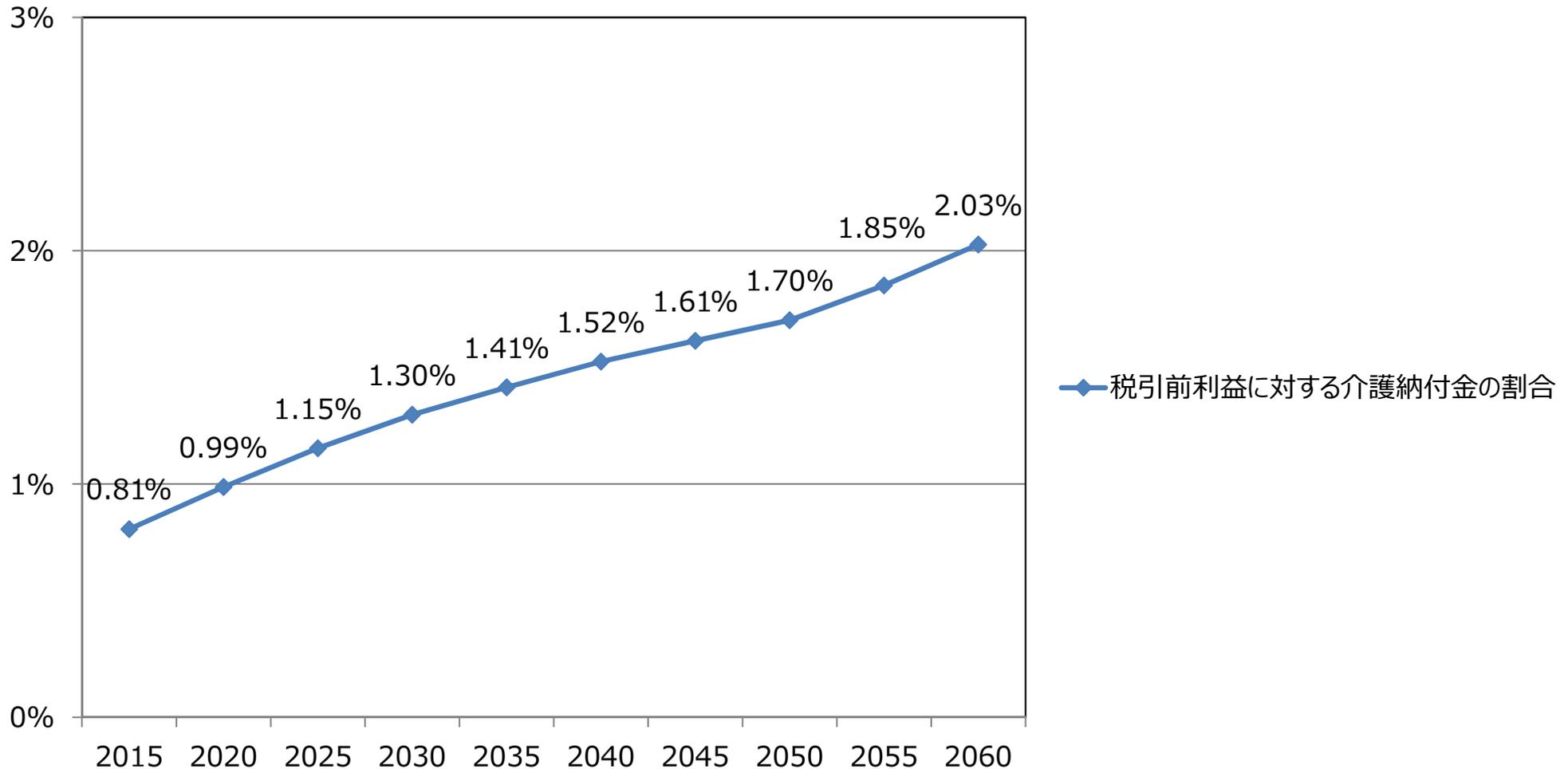
家計支出（65歳以上）における介護保険料負担の影響

(円/月)



## 1-1-4-7 介護費増加に伴う企業負担の増加

- 介護納付金の企業負担は、2060年には税引前利益の1.2%分増加する見通し。



※ 労働生産性と付加価値率、売上高総利益率、売上高経常利益率、特別損益を一定にして試算を行った。

(出典) 経済産業省「平成26年企業活動基本調査確報」、厚生労働省「平成26年賃金構造基本統計調査」、  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」  
より経済産業省が作成

## 1-1-5 課題サマリー

### (少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大)

#### (介護需要の拡大)

- 高齢化に伴って、今後、介護(予防)サービス受給者数は急拡大。2035年には、要支援・要介護2以下の介護(予防)サービス受給者の数が2015年の1.5倍、要介護3以上の介護(予防)サービス受給者数が2015年の1.7倍まで増加する見通し。2035年以降も更に長期的に介護需要が拡大する見込み。

#### (介護保険料、公費負担の拡大)

- 大幅な介護需要の増加と、少子化に伴う労働力人口の減少により、労働力人口に対する介護(予防)サービス受給者数の割合は約3倍(2015年→2060年)となり、構造的に介護保険料負担や公費負担が増加していく見通し。
- 2050年頃には、健康保険組合の介護保険料率、協会けんぽの介護保険料率及び全国平均の第一号被保険者の保険料いずれもが、2015年の2倍を超える見込み。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

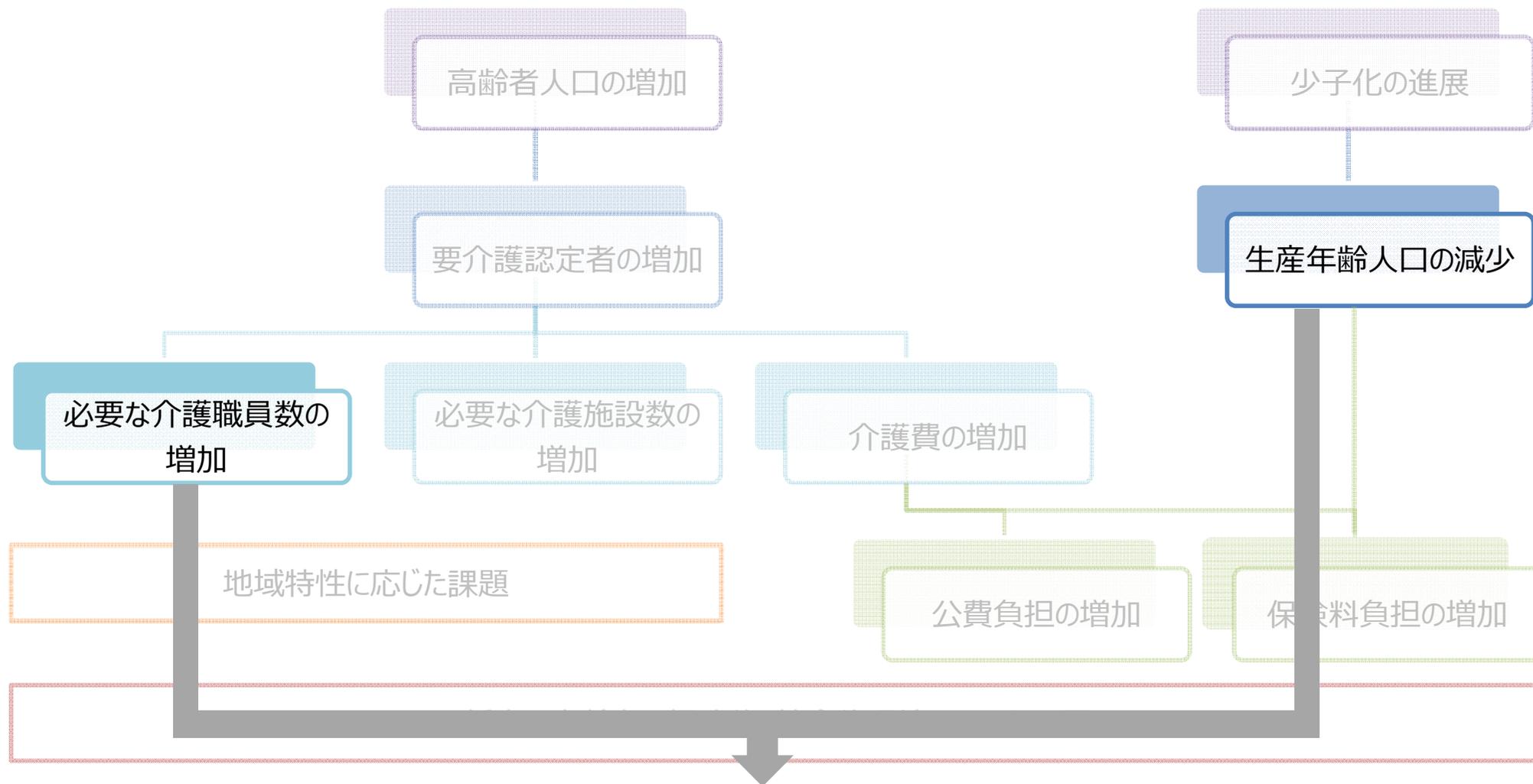
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-2-1 介護人材の需給ギャップの拡大について

- 本項においては、将来必要な介護人材の確保に係る課題について概観する。

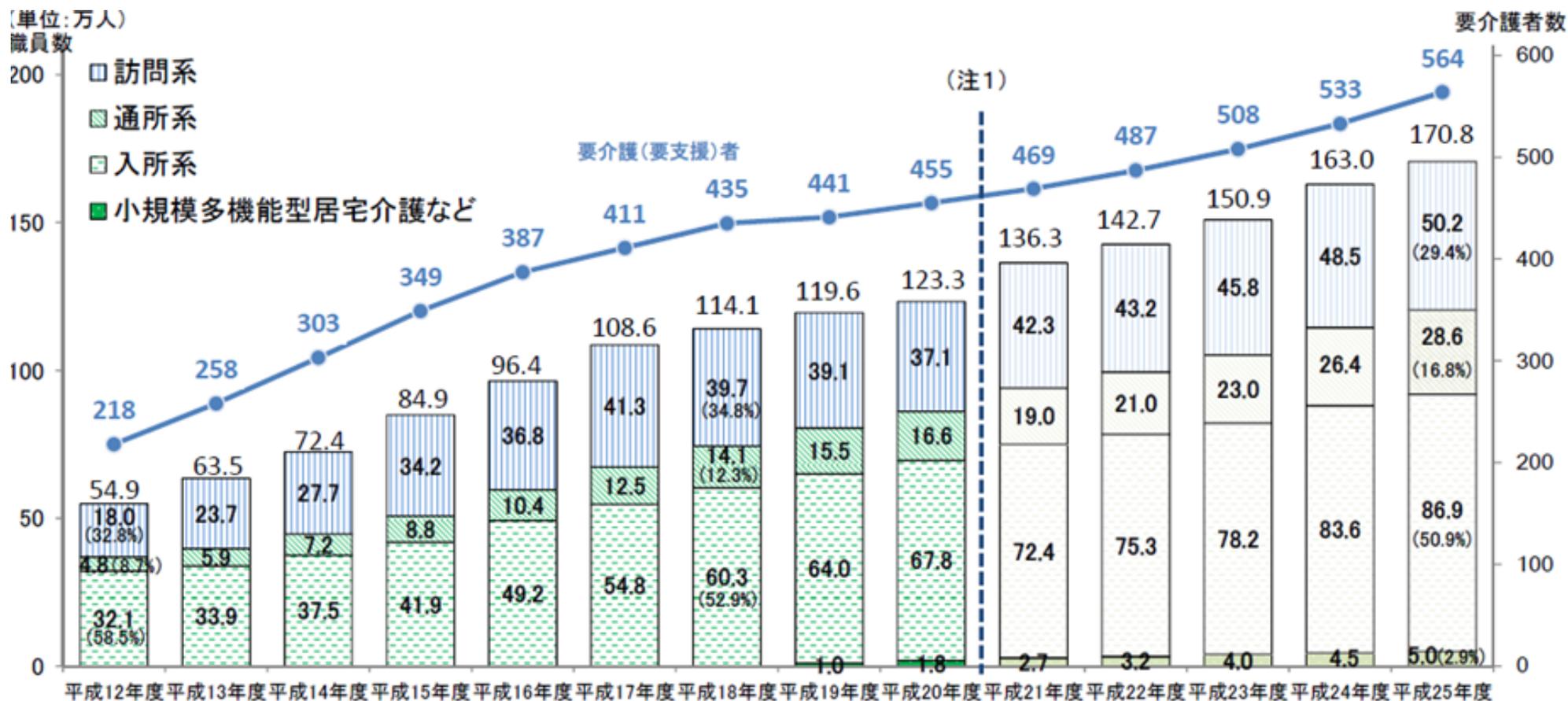
少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造イメージ



介護人材の需給ギャップの拡大の懸念

# 1-2-2-1 介護保険制度施行以降の介護職員数の推移

- 介護保険制度の開始以来、介護に従事する職員数は大幅に増加。



注1) 平成21～25年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて補正したもの。  
(平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成25年の回収率:訪問介護80.5%、通所介護86.7%、介護老人福祉施設91.9%)

・補正の考え方:入所系(短期入所生活介護を除く)・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。  
(①「介護サービス施設・事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設・事業所調査」における利用者数を用いて補正)

注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。  
(訪問リハビリテーション:平成12～24年、特定施設入居者生活介護:平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設:平成18年)

※「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。

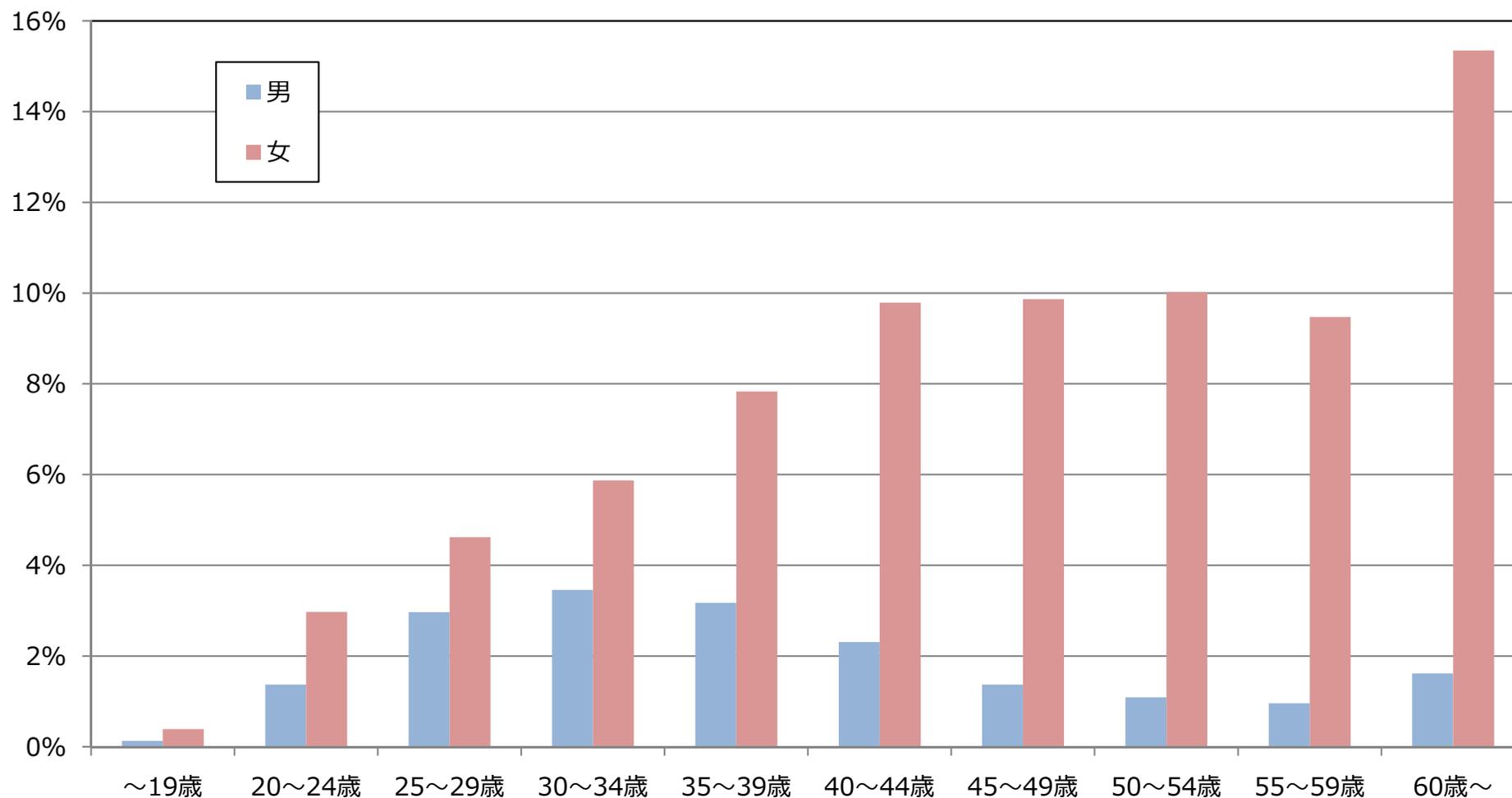
注3) 「小規模多機能型居宅介護など」には、「小規模多機能型居宅介護」の他、「複合型サービス」も含まれる。

注4) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

## 1-2-2-2 性・年齢階級別の介護職員の割合

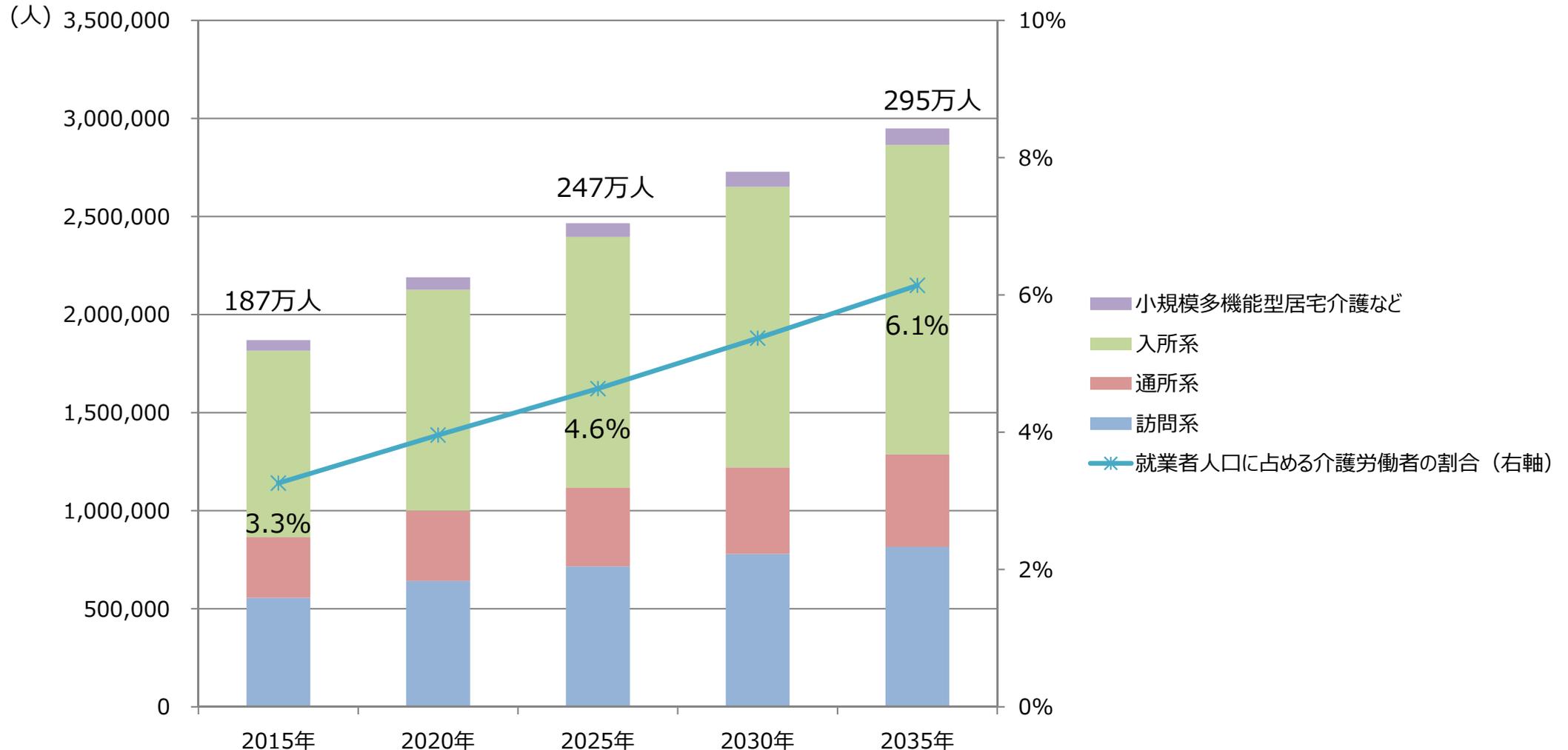
- 性・年齢別に見ると、いずれの年齢階級においても女性が占める割合が大きい。

性・年齢階級別の介護職員の比率（2014年）



# 1-2-3-1 介護職員数の将来推計（介護需要に合わせて伸ばした場合）

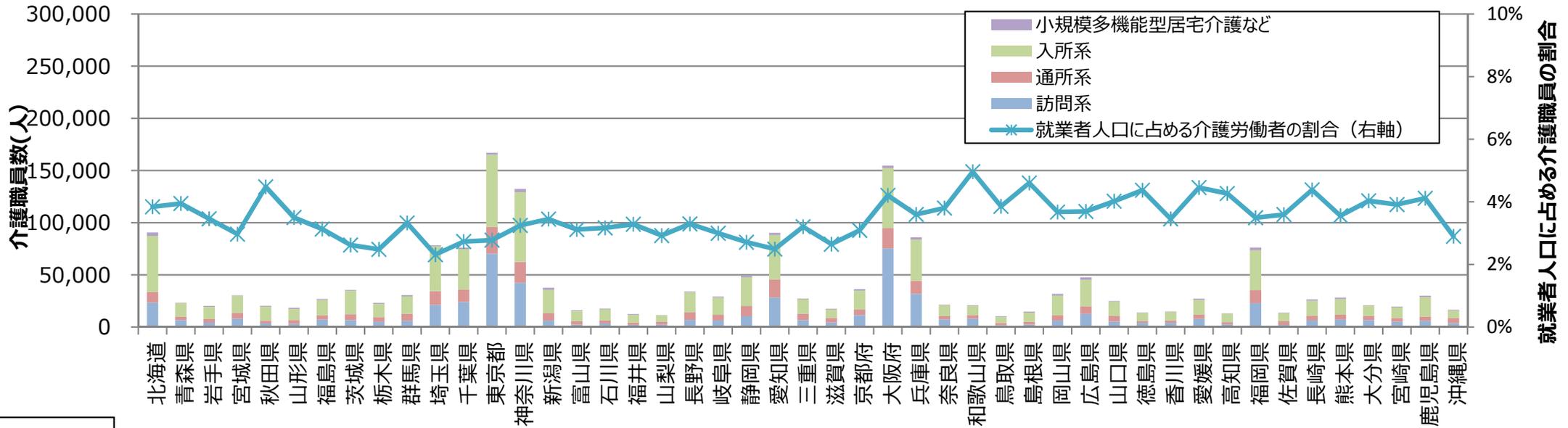
- 将来の介護需要に即して今後必要な介護職員数を推計。
- 2035年までに、更に100万人超の介護職員が必要になると見込まれる。全就業者数に占める介護職員の割合は2倍近く（3.3%→6.1%）となる見通し。



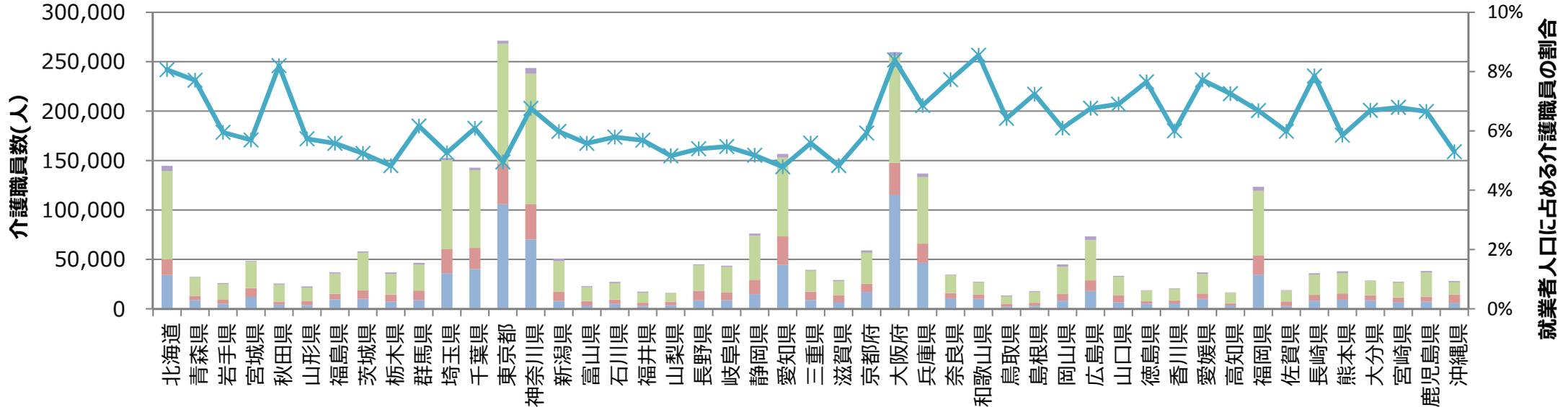
(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

# 1-2-3-2 介護職員数の将来推計（介護需要に合わせて伸ばした場合）

2015年



2035年



(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、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）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成。

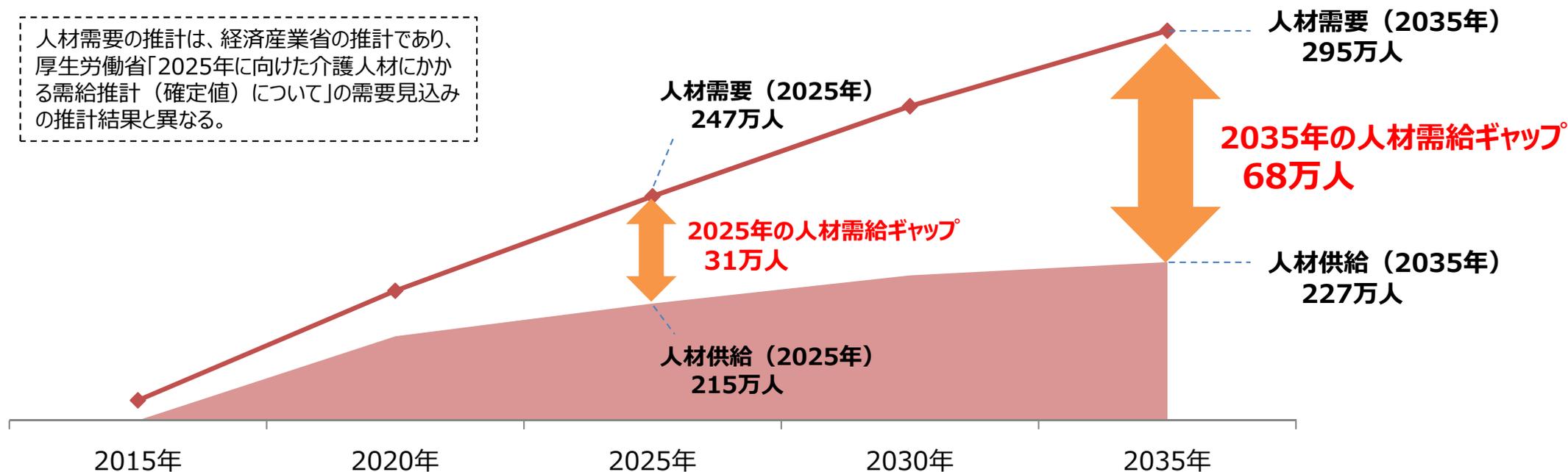
# 1-2-3-3 介護職員の需給の将来推計

- 2035年時点の介護職員の需給を推計すると、介護職員が68万人不足と見込まれる。

## <人材需要（折れ線グラフ）の推計方法（2015年～2035年）>

厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より、性・年齢階級別の介護（予防）サービス受給率を算出し、将来人口推計を掛け合わせることで、経済産業省が推計

人材需要の推計は、経済産業省の推計であり、厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」の需要見込みの推計結果と異なる。



## <人材供給（面グラフ）の推計方法>

### (2015～2025年)

厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）」の2013年・2017年・2020年・2025年の全国推計値

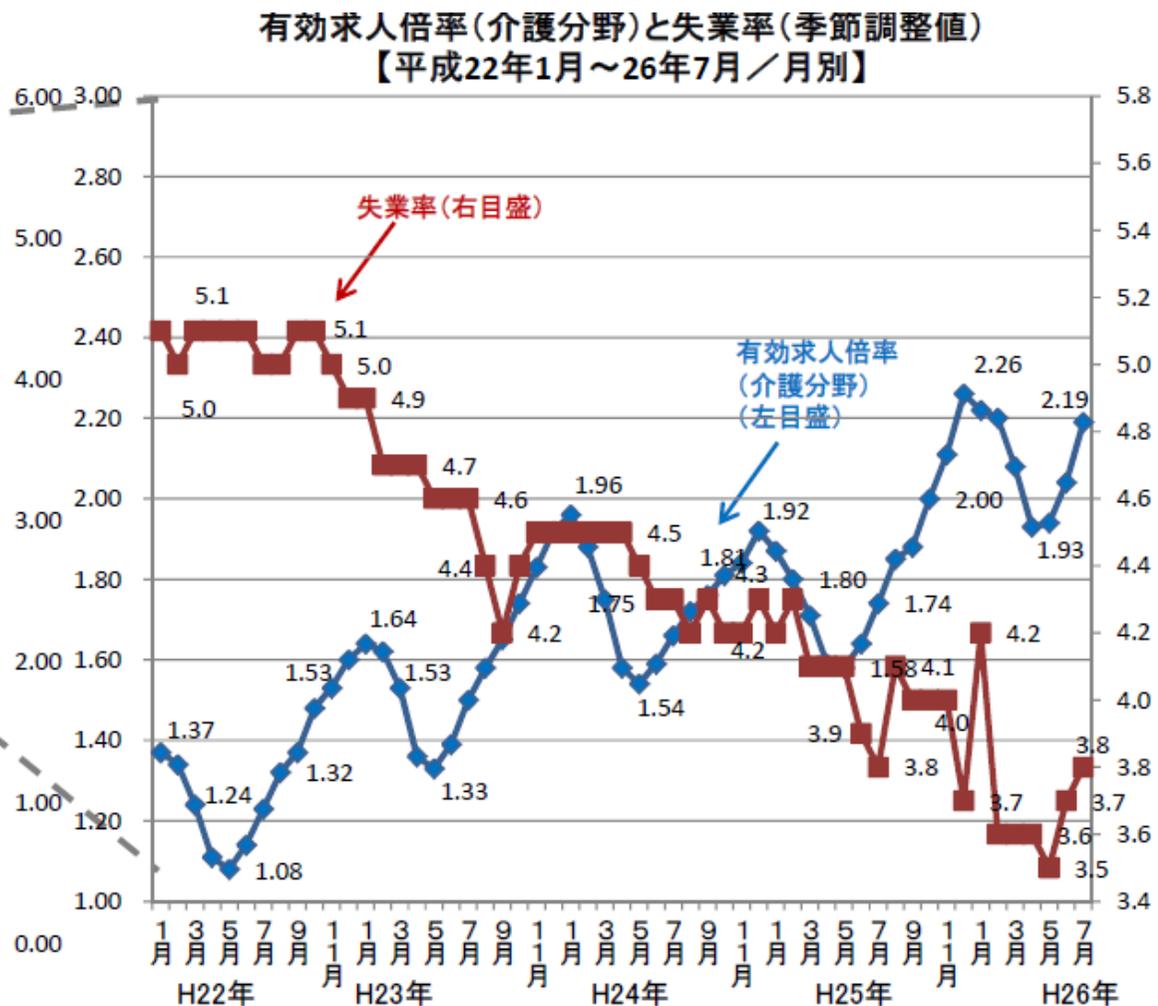
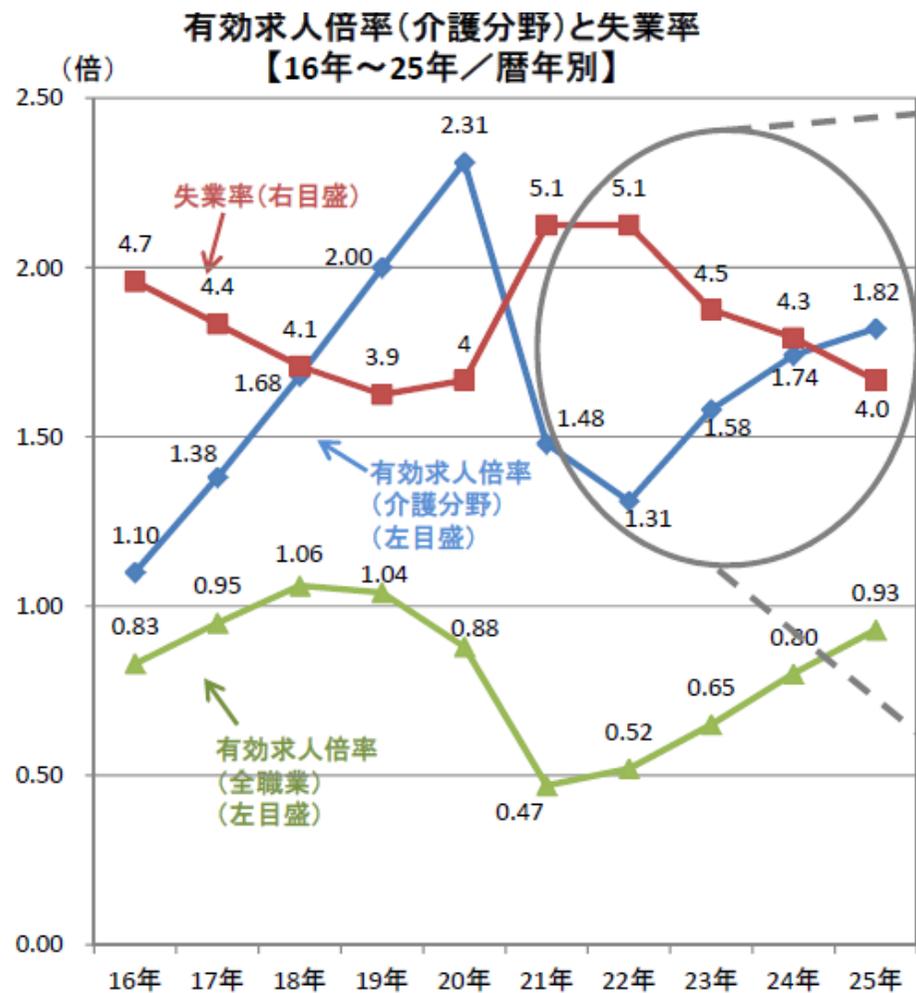
### (2025～2035年)

厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）」の2020年・2025年間の増減率と、生産年齢人口の減少率より、経済産業省が推計

(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、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）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）（都道府県別）」より経済産業省が作成

# 1-2-4-1 介護職員の不足

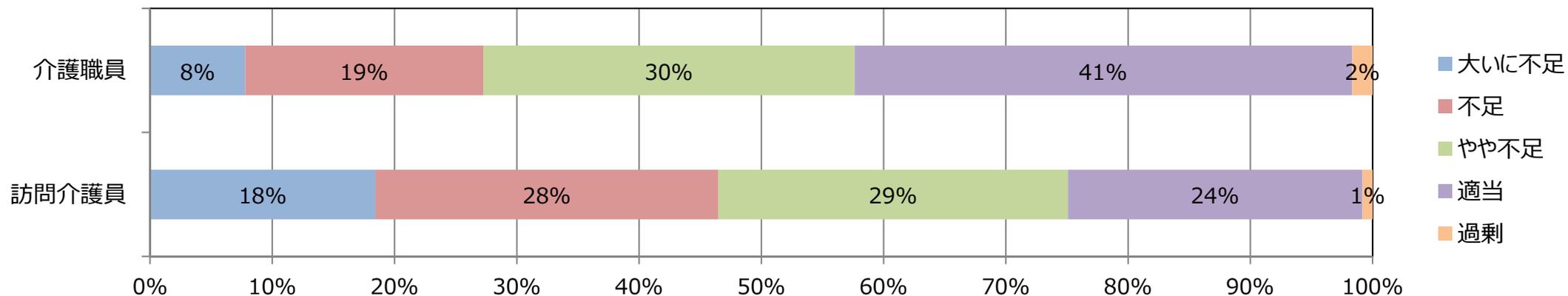
- 足下でも介護職員は不足傾向。有効求人倍率は全産業に比べ高い水準にある。



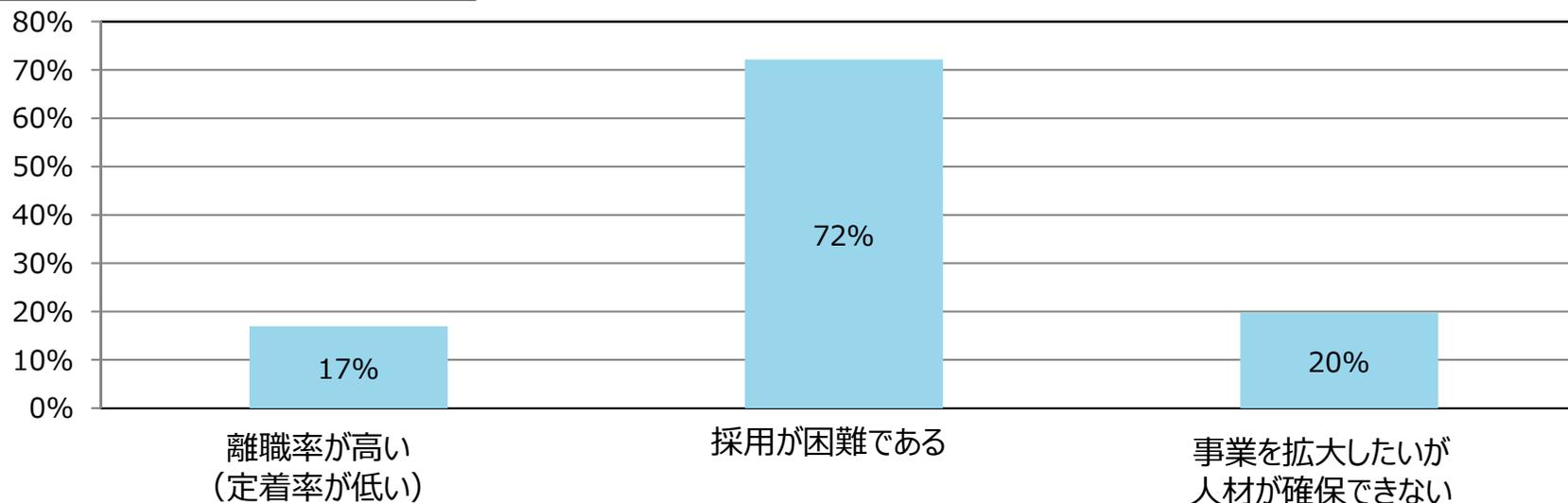
## 1-2-4-2 介護職員の過不足感

- 介護事業者が事業を運営する上での課題として、人材の確保を挙げる事業者が多い状況にある。

従業員の過不足感

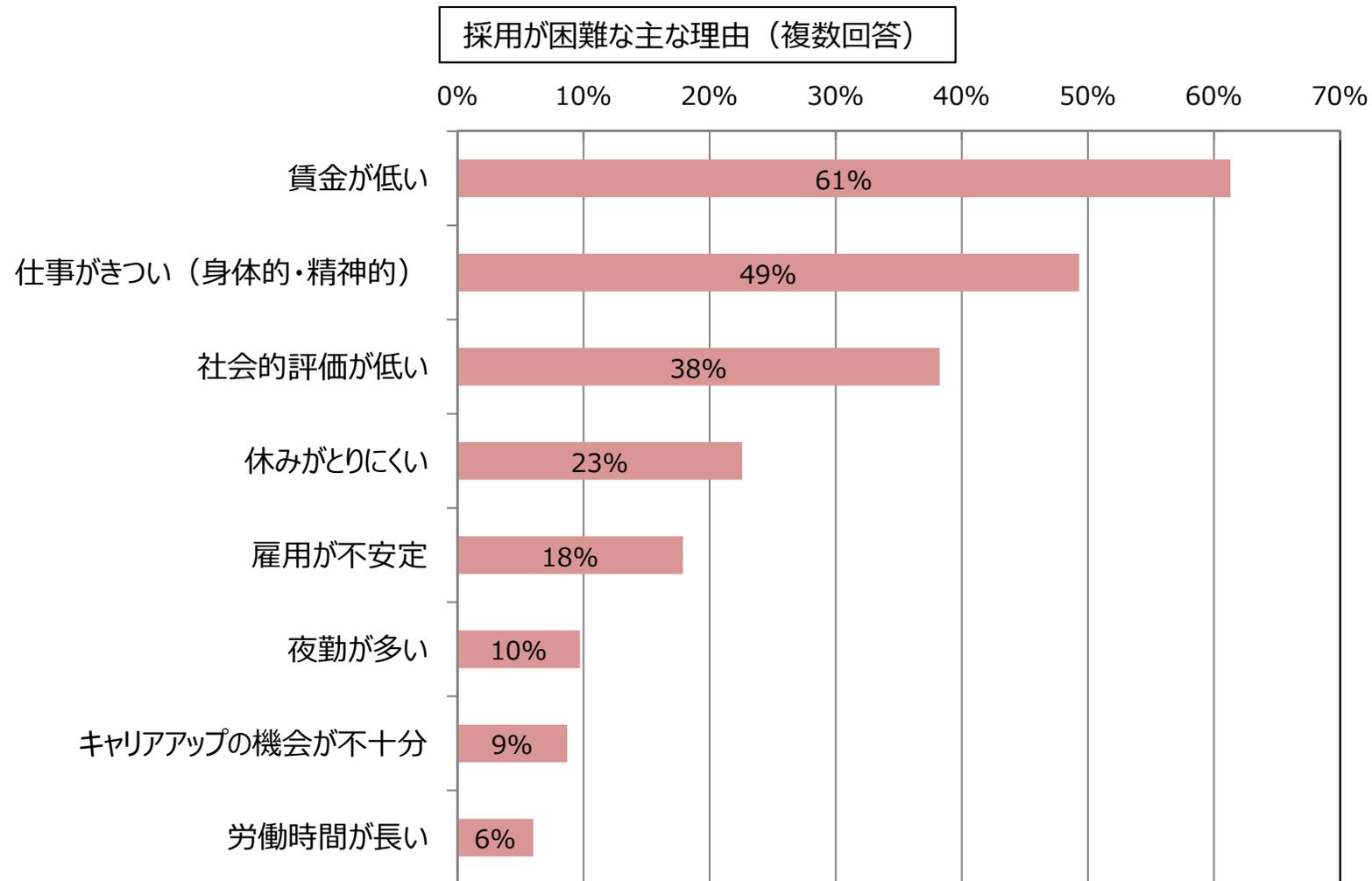


従業員が不足している理由（複数回答）



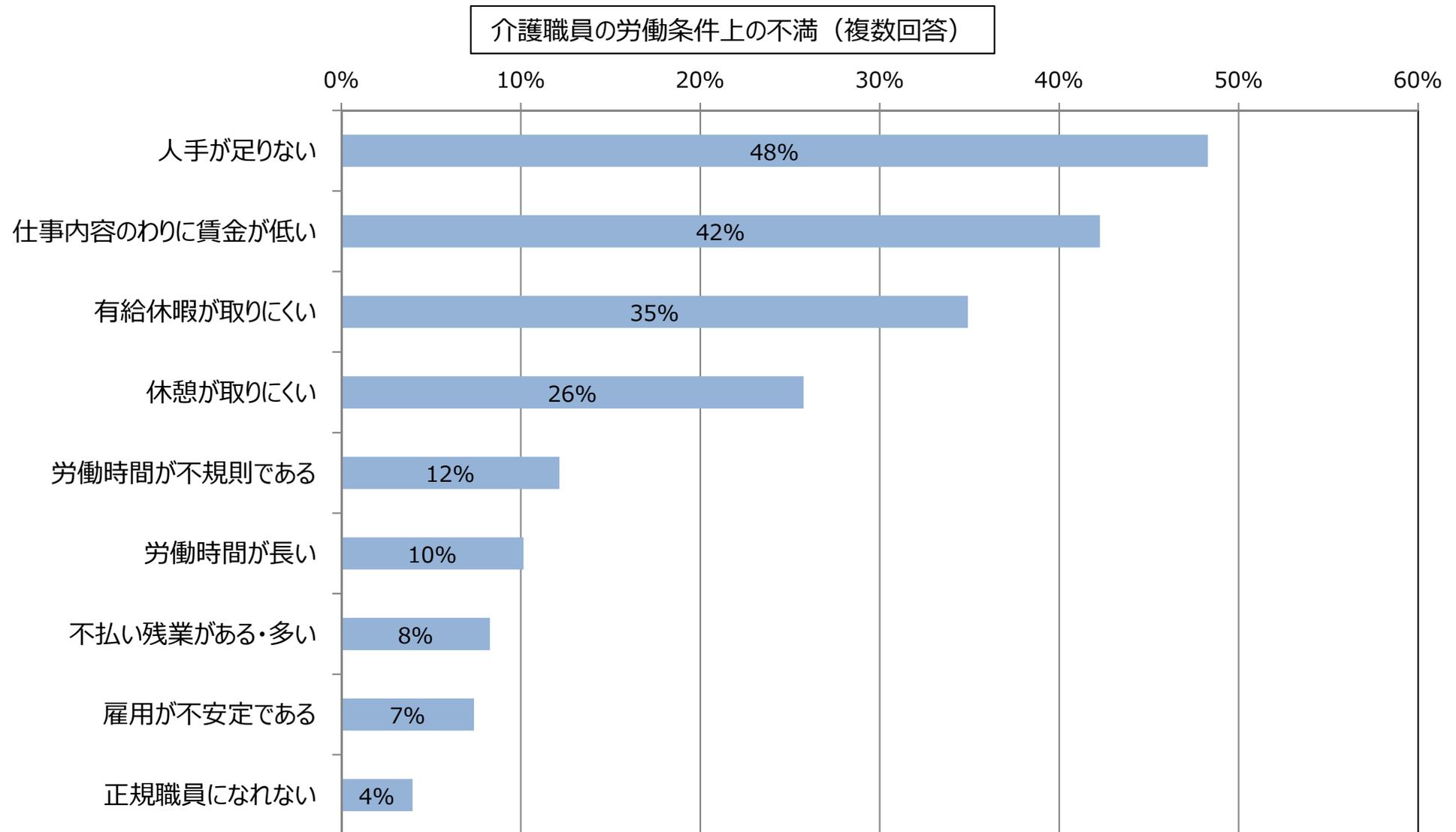
## 1-2-4-3 介護職員の採用が困難な理由

- 介護職員の採用が困難な主な理由として、「賃金が低い」、「仕事がつい（身体的・精神的）」、「社会的評価が低い」を挙げる事業者が多い状況にある。



## 1-2-4-4 介護職員の労働条件上の不満

- 介護職員の労働条件上の不満として、「人手不足」、「賃金が低い」、「休暇が取りにくい」を挙げる介護職員が多い状況にある。



# 1-2-4-5 介護職員の賃金について

- 介護職員の賃金は全産業平均、サービス産業平均と比較して低い状況にある。

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男女計				男性				女性			
	平均年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	構成比	平均年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	構成比	平均年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	
	(歳)	(年)	(千円)	(%)	(歳)	(年)	(千円)	(%)	(歳)	(年)	(千円)	
産業別	産業計	42.0	11.9	324.0	67.6%	42.8	13.3	359.8	32.4%	40.4	9.1	249.4
	医療・福祉	40.2	8.0	294.4	26.9%	39.9	8.3	375.5	73.1%	40.3	7.8	264.5
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.7	7.1	238.4	27.3%	39.3	7.2	270.6	72.7%	41.2	7.1	226.3
	サービス業	44.0	8.8	273.6	70.2%	45.0	9.6	297.7	29.8%	41.6	6.9	216.8
職種別	医師	41.0	5.5	833.2	70.6%	42.4	5.8	896.8	29.4%	37.6	4.7	680.4
	看護師	38.0	7.4	328.4	8.4%	35.2	6.1	326.9	91.6%	38.3	7.5	328.6
	准看護師	46.7	10.2	278.7	10.1%	40.4	8.3	283.3	89.9%	47.4	10.4	278.2
	理学療法士・作業療法士	30.7	4.8	277.3	49.3%	31.5	4.8	286.8	50.7%	30.0	4.9	268.1
	保育士	34.7	7.6	213.2	4.1%	30.2	4.8	225.4	95.9%	34.9	7.7	212.6
	ケアマネジャー	47.5	8.3	258.9	21.8%	43.0	8.1	281.1	78.2%	48.7	8.4	252.7
	ホームヘルパー	44.7	5.6	218.2	23.3%	40.0	3.7	235.0	76.7%	46.2	6.2	213.0
	福祉施設介護員	38.7	5.5	218.9	33.5%	35.1	5.4	235.4	66.5%	40.5	5.5	210.6

注) 常勤労働者とは、賃金構造基本統計調査の一般労働者（短時間労働者以外の労働者）をいう。

短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注) サービス業とは、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体・宗教、職業紹介・労働者派遣業が含まれる。

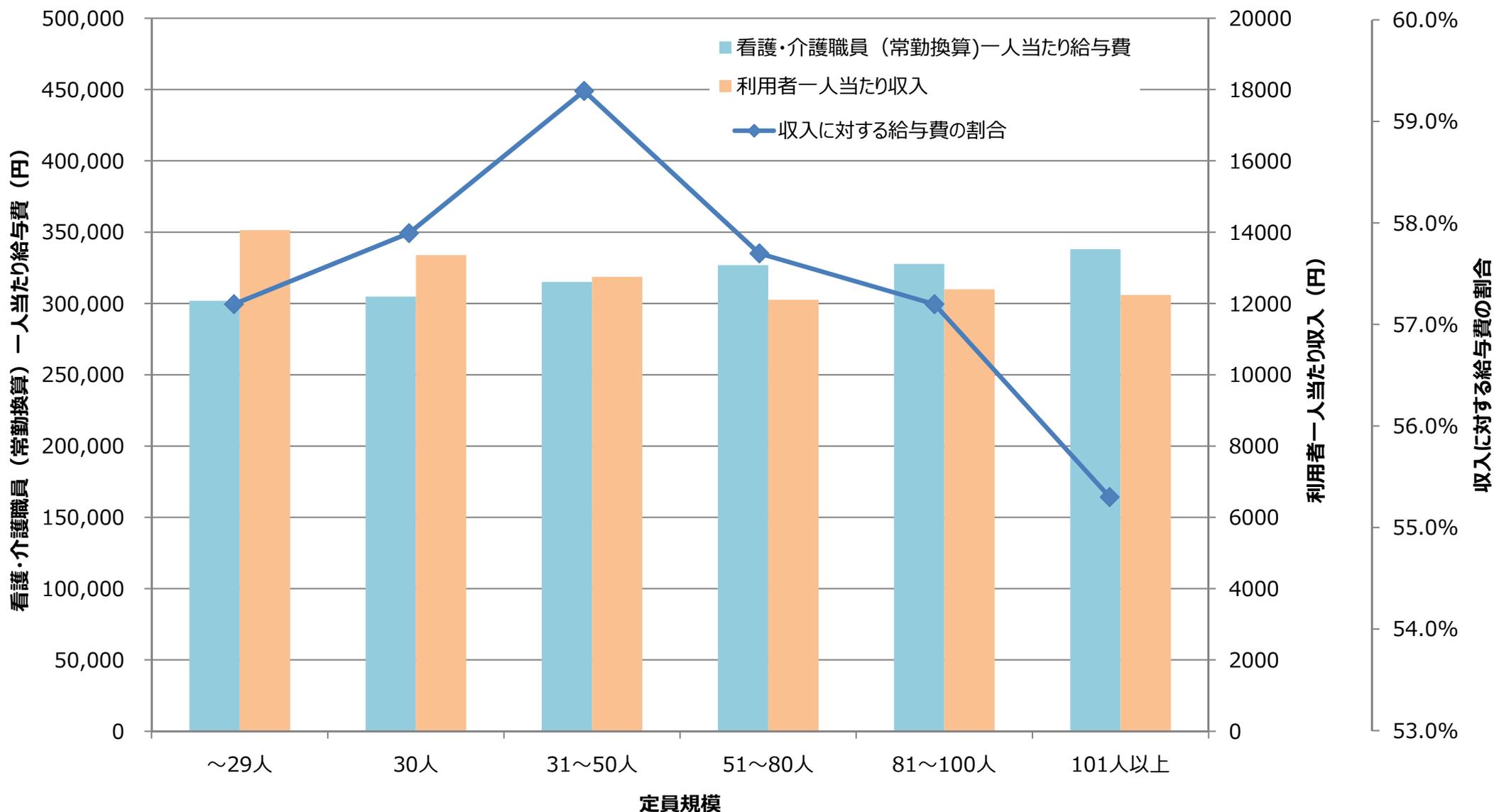
注) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

注) きまって支給する現金給与額：労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。

基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

# 1-2-5-1 事業所規模別の給与費（介護老人福祉施設）

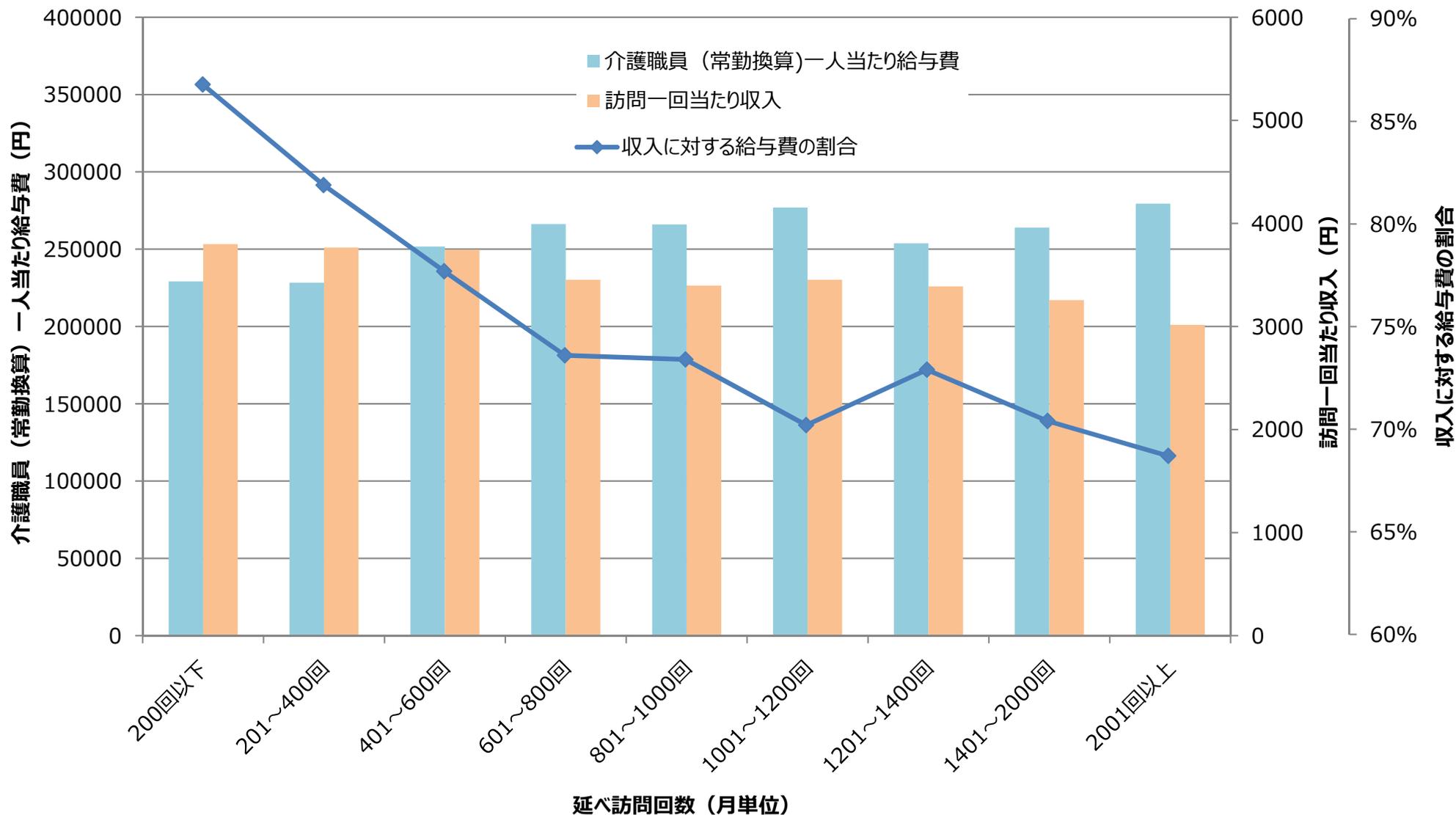
- 介護老人福祉施設における一人当たり給与費は、事業所の規模が大きいほど高い傾向にある。
- また、事業所収入における給与費の割合は50%を超えている。



(出典) 厚生労働省「平成26年介護事業経営実態調査」より経済産業省が作成

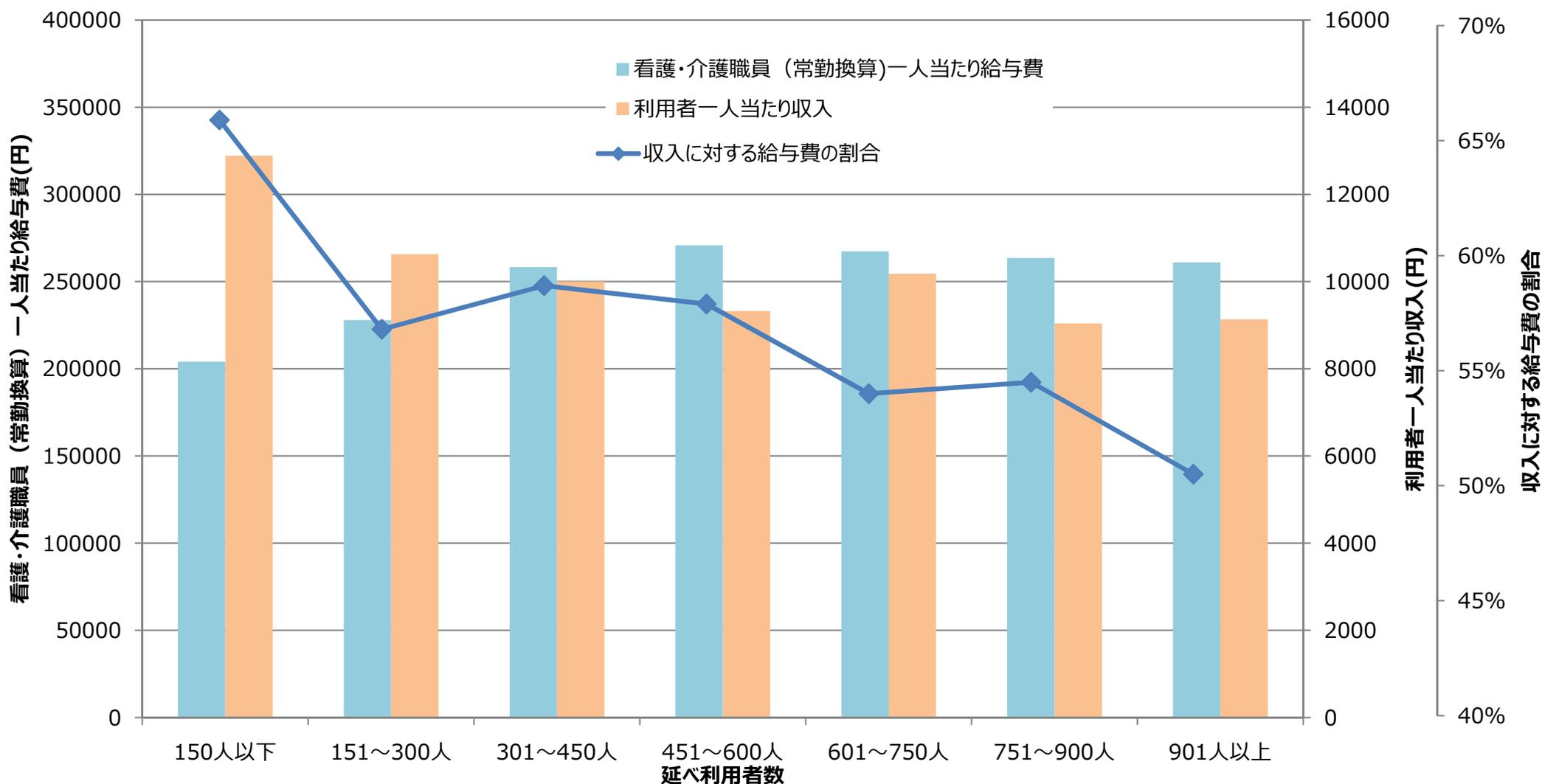
## 1-2-5-2 事業所規模別の給与費（訪問介護（予防を含む））

- 訪問介護における一人当たり給与費は、月単位の訪問回数が多い事業所ほど高い傾向にあるが、1000回を越えると減少し、再び上昇に転じている。
- また、訪問介護事業における給与費が事業収入に占める割合は65%を超え、小規模な事業所では80%を超える。



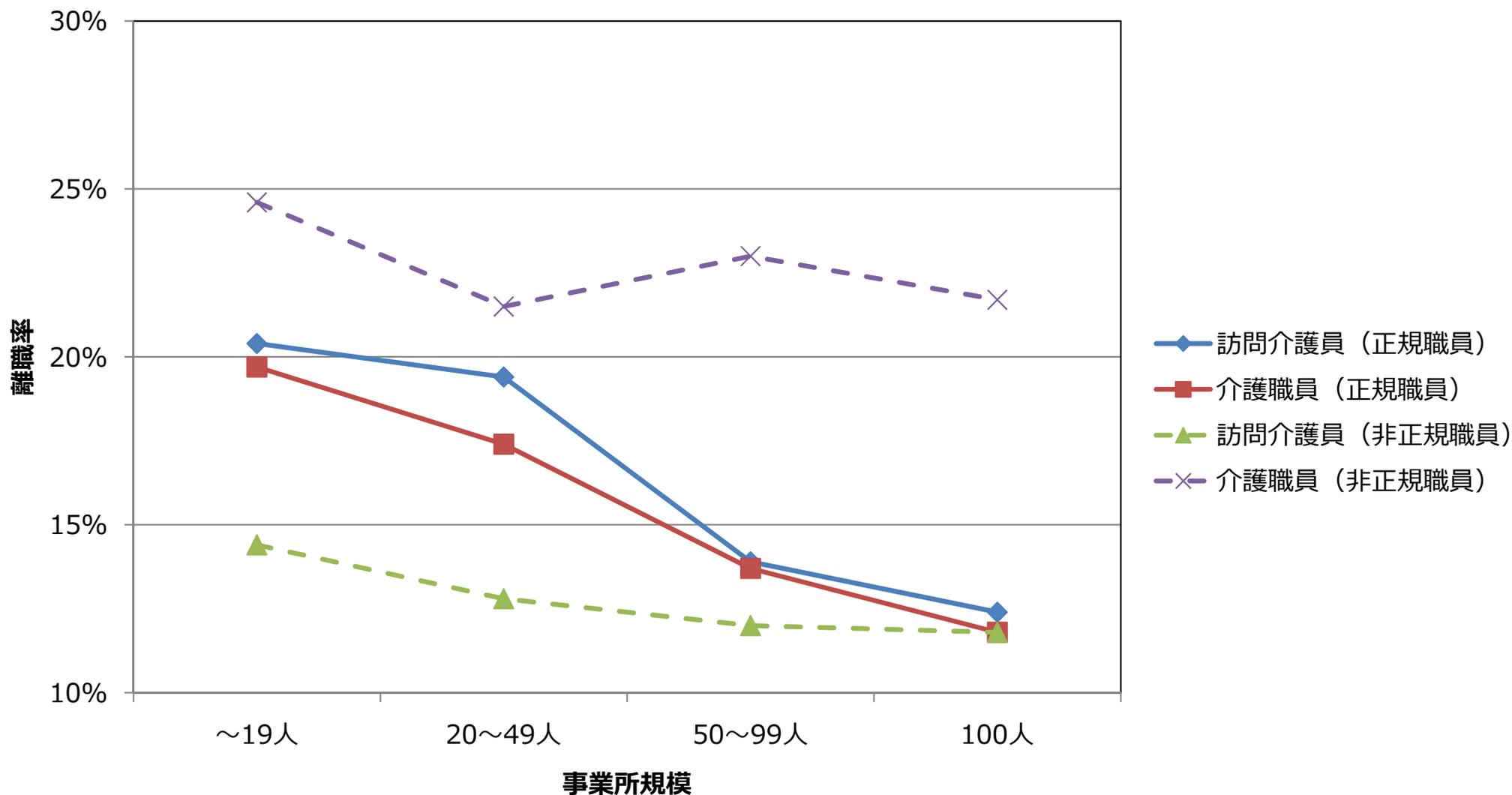
# 1-2-5-3 事業所規模別の給与費（通所介護（予防を含む））

- 通所介護についても、利用者数が多いほど一人当たり給与が高い傾向にあるが、延べ利用者数が450人を越えると横ばいとなっている。



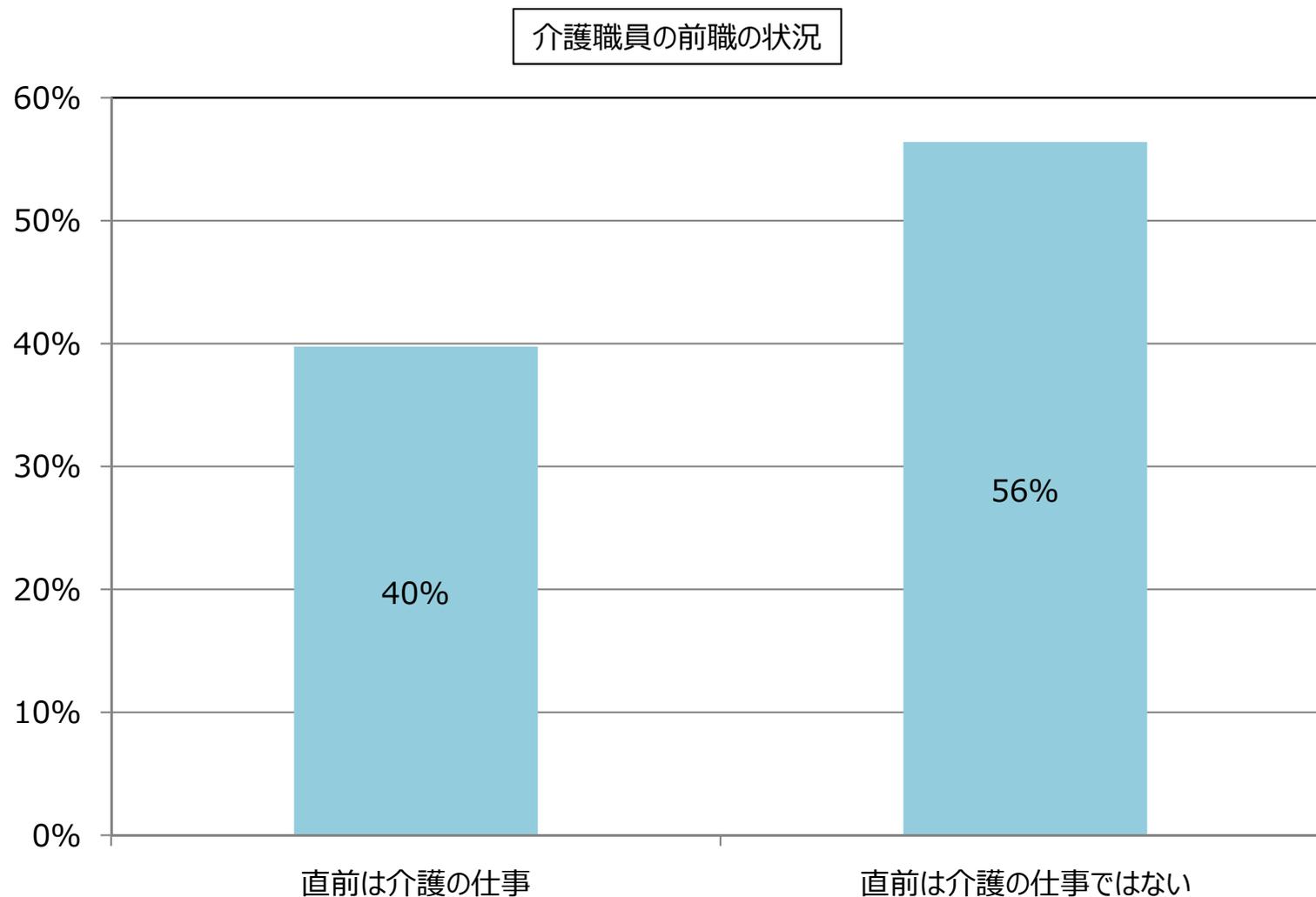
# 1-2-6-1 事業所規模別の離職率

- 正職員の離職率については、事業所規模が大きいほど低い傾向にある。



## 1-2-6-2 介護職員の離職について

- 介護職員の離職率は全産業と比較して高い傾向にある一方、離職後に介護職に再就職する者の割合も高くなっている。



## 1-2-7 課題サマリー（介護人材の需給ギャップの拡大）

### （必要な介護職員数の拡大）

- 今後、介護需要の拡大に伴って、2035年に更に約100万人超の介護職員が必要となる見通し。
- 全就業者数に占める介護職員の割合は2倍近く（3.3%→6.1%）となる見通し。都道府県によっては、全就業者数に占める介護職員の割合が10%近くなり、介護職員の確保が困難になる懸念。
- 2035年時点の介護職員の需給を推計すると、現状の延長線上（成り行きケース）において、介護職員が68万人不足すると見込まれる。

### （介護職員の確保について）

- 有効求人倍率は全産業の約2倍の水準となっており、過半数の事業者が介護職員の不足を事業運営上の課題として挙げている。
- 介護職員の賃金は全産業平均、サービス産業平均と比較して低い状況にある。
- 介護人材の確保について、介護事業者、介護従事者の双方から、「賃金が低い」、「仕事がきつい」、「休暇が取りにくい。」といった処遇面での課題が指摘されている。
- 施設・訪問・通所ともに、事業所規模が大きく、利用人数が多い事業所ほど、職員の一人当たり給与が高く、離職率が低い傾向にある。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. **必要な介護施設サービスの拡大**
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

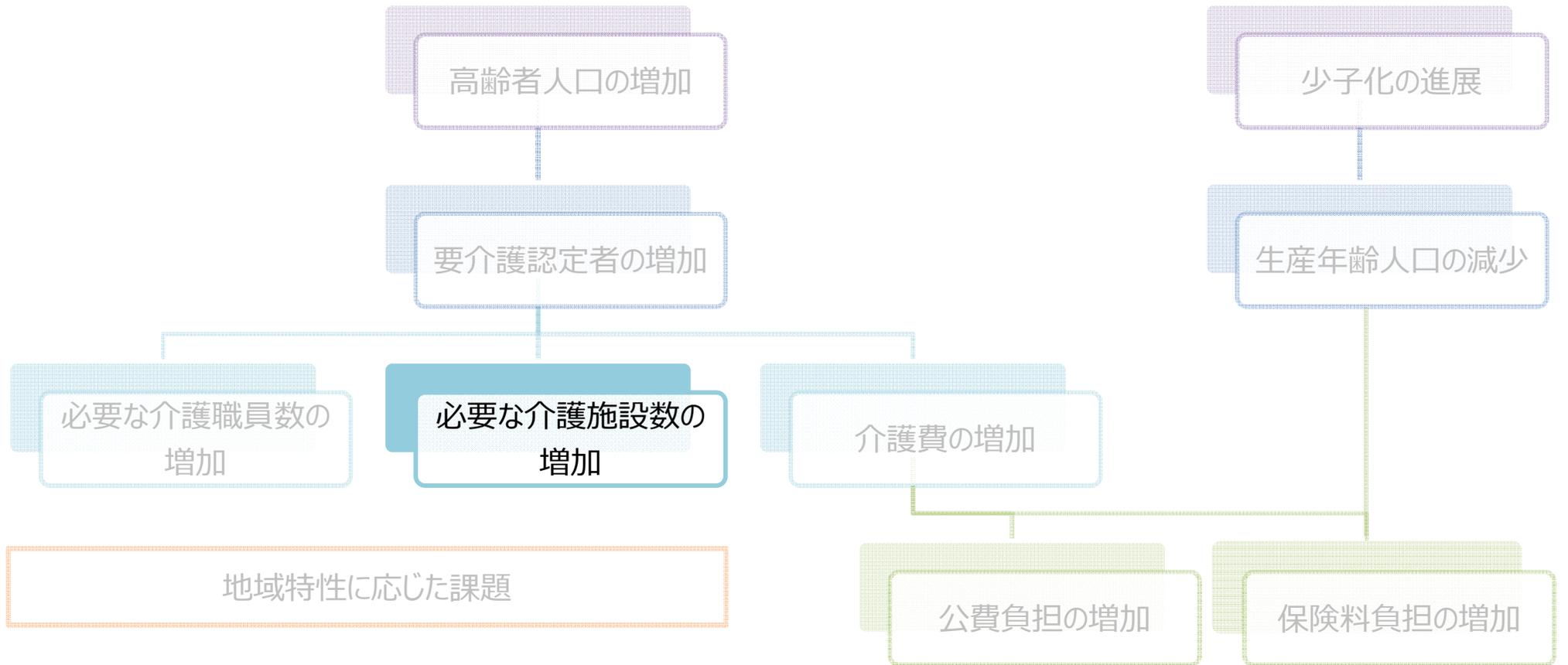
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-3-1 必要な介護施設サービスの拡大について

- 本項においては、必要な介護施設の整備に伴う課題について概観する。

少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造イメージ

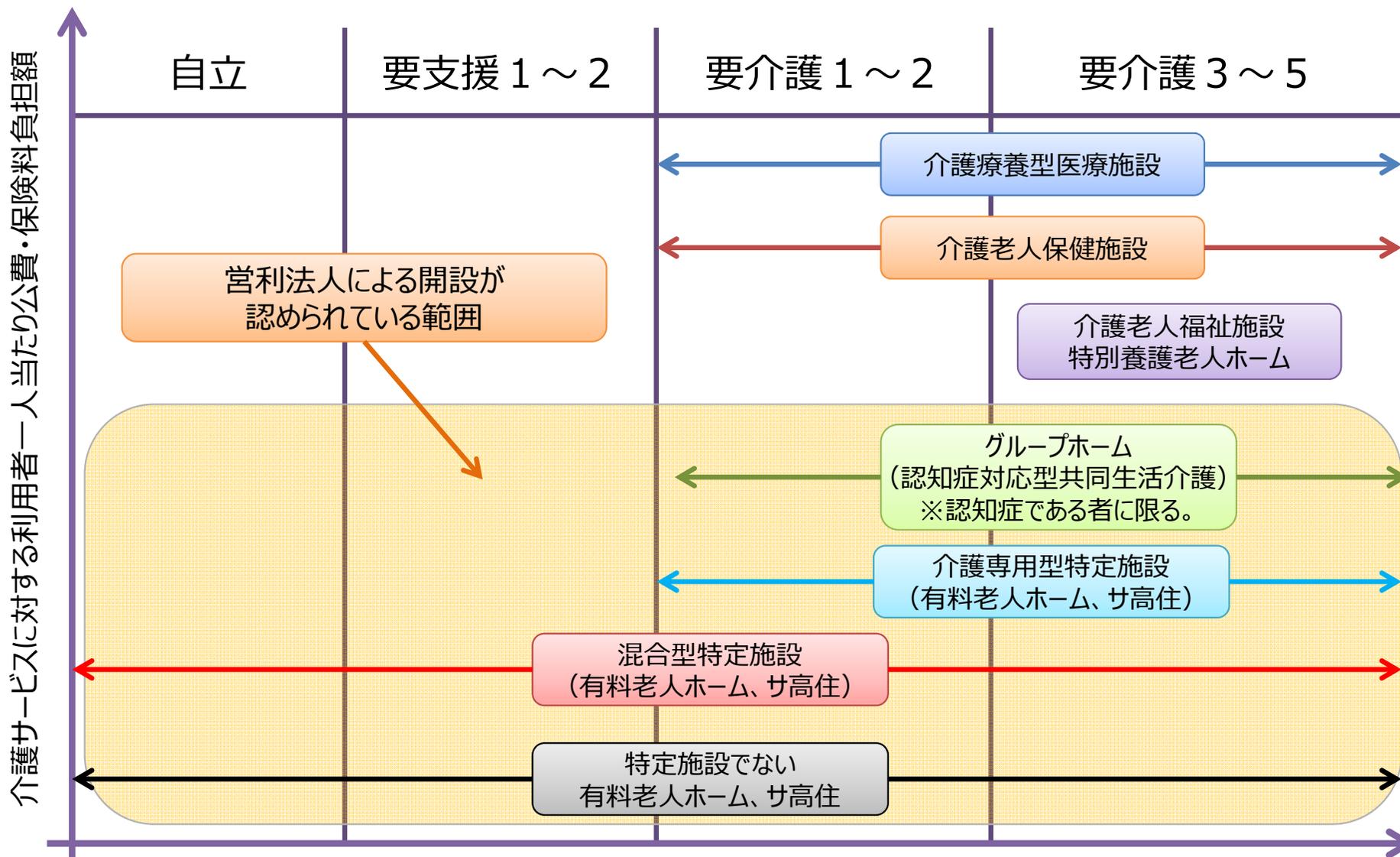


地域特性に応じた課題

将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した課題

# 1-3-2-1 介護施設等の概観

- 介護施設を、介護サービスに対する利用者一人当たり公費・保険料負担と要介護度別に概観すると下記のとおり整理される。類似する体系の施設が複数存在しているため、高齢者自ら、自身の身体・経済的状況に適した施設を選択するのは難しい可能性。



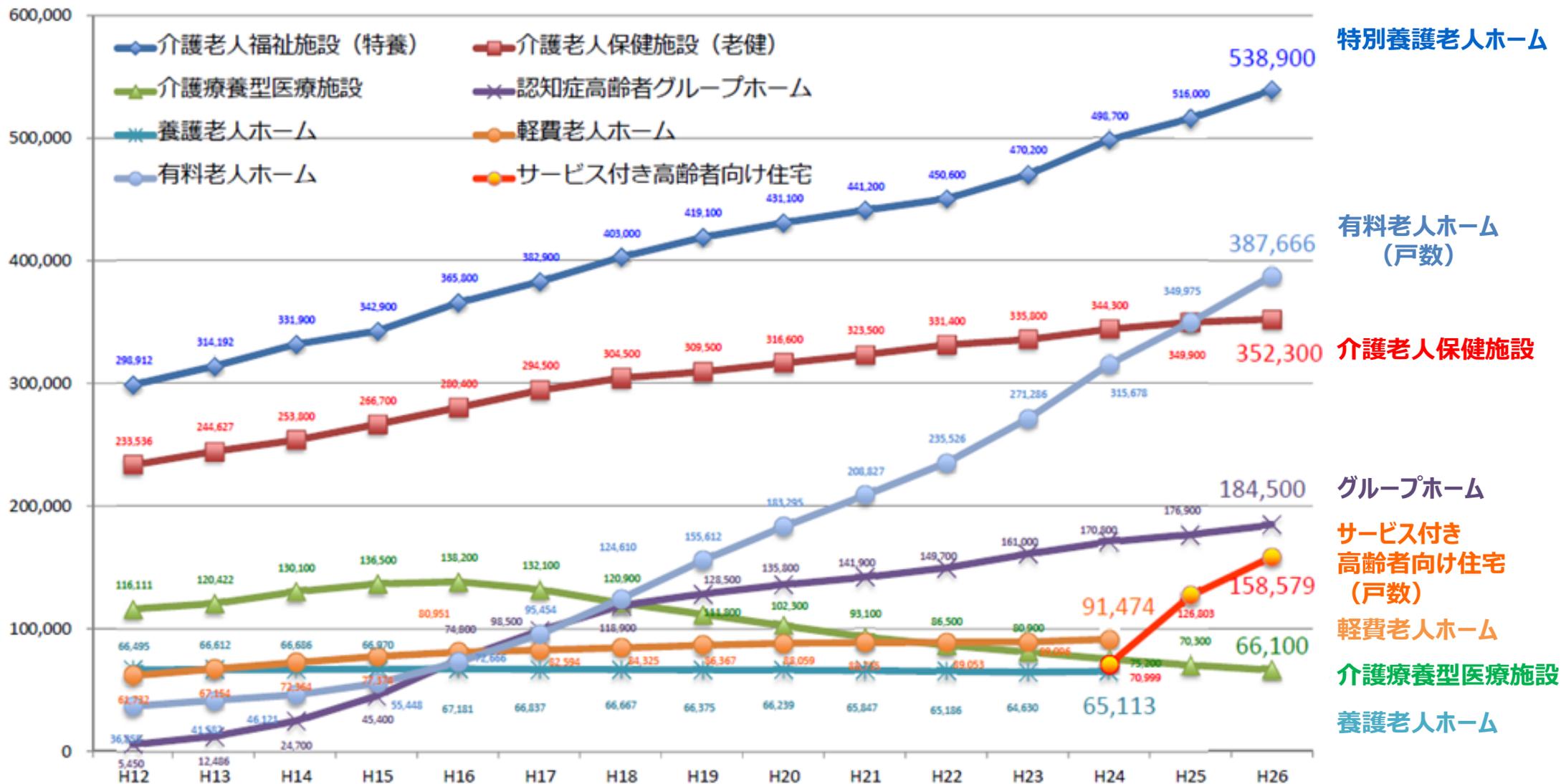
# 1-3-2-2 介護施設等の概要

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム	認知症 対応型共同生 活介護 (グループホー ム)	介護付有料老人ホーム		住宅型有料老人 ホーム	健康型有料 老人ホーム	サービス付き高 齢者向け 住宅
					一般型特定施 設入居者 生活介護	外部サービス利 用型特定施設 入居者生活介 護			
主な設置主体	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 社会福祉法人	限定無し (社会福祉法 人、営利法人中 心)	限定無し(営利法人中心)				
対象者	要介護 1～5		原則要介護 3以上	要支援2以上 であって認知症 である者 (その者の認知 症の原因となる 疾患が急性の状 態にある者を除 く)	自立～要介護5		60歳以上かつ自 立～軽度の要介 護の高齢者	60歳以上かつ 自立した高 齢者	60歳以上の者 もしくは要介護 認定を受けて いる60歳未満 のもの
介護保険上の 類型	介護療養型医 療施設サービス	介護老人保健施設 サービス	介護老人福祉施設 サービス	認知症対応型 共同生活介護	特定施設入居者生活介護		外部サービス	なし	特定施設入居 者生活介護も しくは外部サー ビス
定員数 (平成26年)	66,100	352,300	538,900	184,500	387,666(戸)				158,579(戸)
説明	療養病床等に 入院する介護 サービス受給者 に対し、療養上 の管理、看護、 医学的管理の 下における介護 その他の世話 及び機能訓練 その他必要な 医療を行うこと を目的とする施 設。	介護サービス受給 者に対し、施設サー ビス計画に基づいて、 看護、医学的管理 の下における介護及 び機能訓練その他 必要な医療並びに 日常生活上の世話 を行うことを目的とす る施設。	要介護高齢者に対し、 入浴、排せつ、食事等 の介護その他の日常生 活上の世話、機能訓 練、健康管理及び療 養上の世話を行うこと を目的とする施設。	認知症の高齢 者に対し、共同 生活住居で、家 庭的な環境と地 域住民との交流 の下、入浴・排 せつ・食事等の 介護などの日常 生活上の世話と 機能訓練を行い、 能力に応じ自立 した日常生活を 営めるようにする 施設。	介護等のサー ビスがついた高齢 者向けの居住 施設。介護サー ビスは有料老人 ホームの職員が 提供する。	介護等のサー ビスがついた高 齢者向けの居 住施設。有料老 人ホームの職員 が安否確認や計 画作成等を実施し、 介護サービスは 委託先の介護 サービス事業者 が提供する。	生活支援等の サービスが付いた 高齢者向けの居 住施設。介護が 必要となった場合、 入居者自身の選 択により、地域の 介護サービスを利用 しながら、当該 有料老人ホーム の居室での生活 を継続することが 可能。	食事等のサー ビスが付いた 高齢者向けの 居住施設。介護 が必要とな った場合には、 契約を解除し退 去しなければならない。	高齢者の居住 の安定を確保 することを目的 として、バリアフ リー構造等を 有し、介護・医 療と連携し高 齢者を支援す るサービスを提 供する施設。

# 1-3-3-1 介護施設等の定員数（病床数）の推移

- 介護需要の拡大に伴い、特養、老健、有料老人ホーム等の定員数は拡大してきた。特に近年は有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の戸数の伸びが顕著となっている。

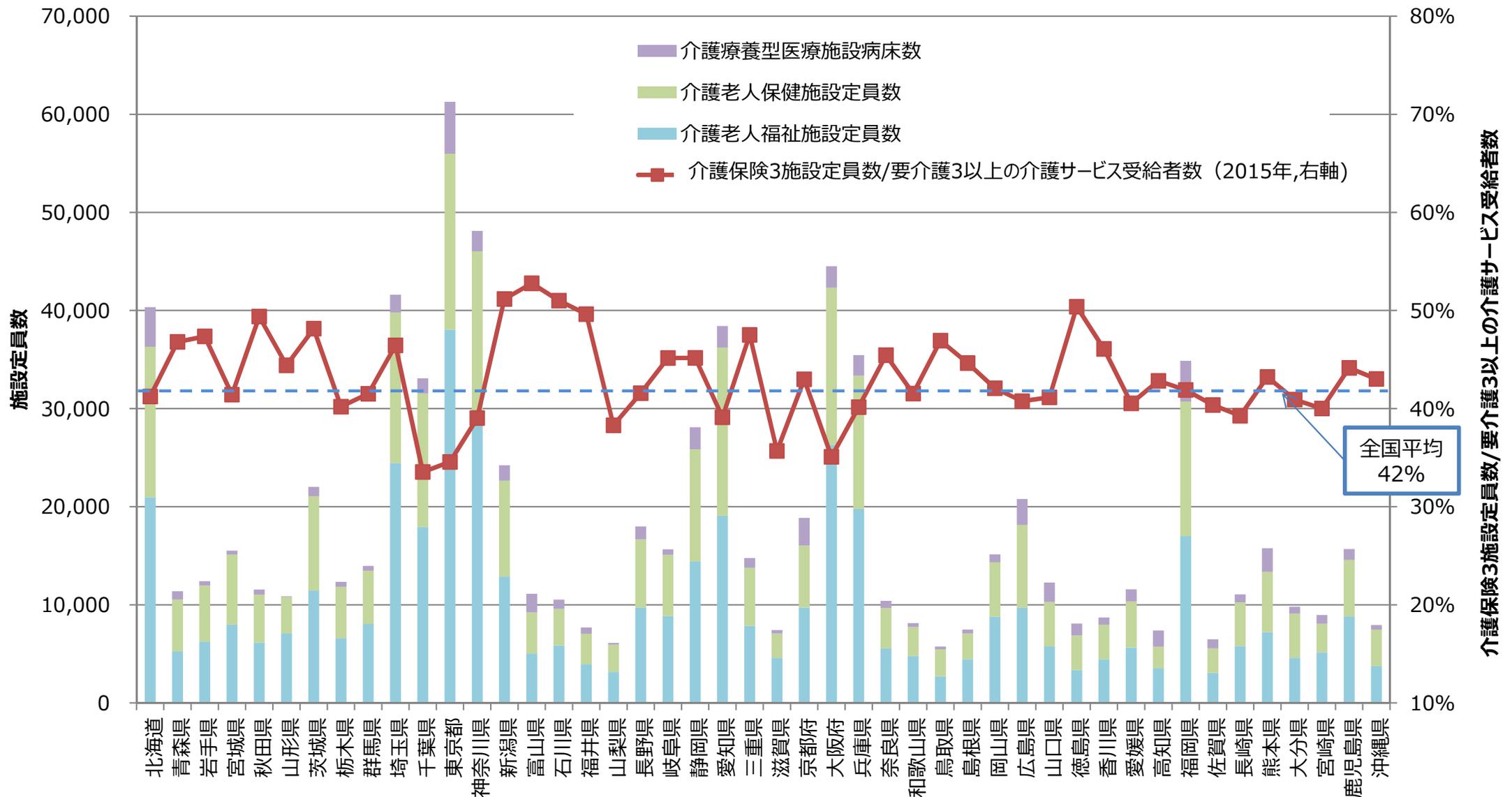
(単位：人・床)



(出典) 厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」

# 1-3-3-2 介護保険3施設の定員数（病床数）

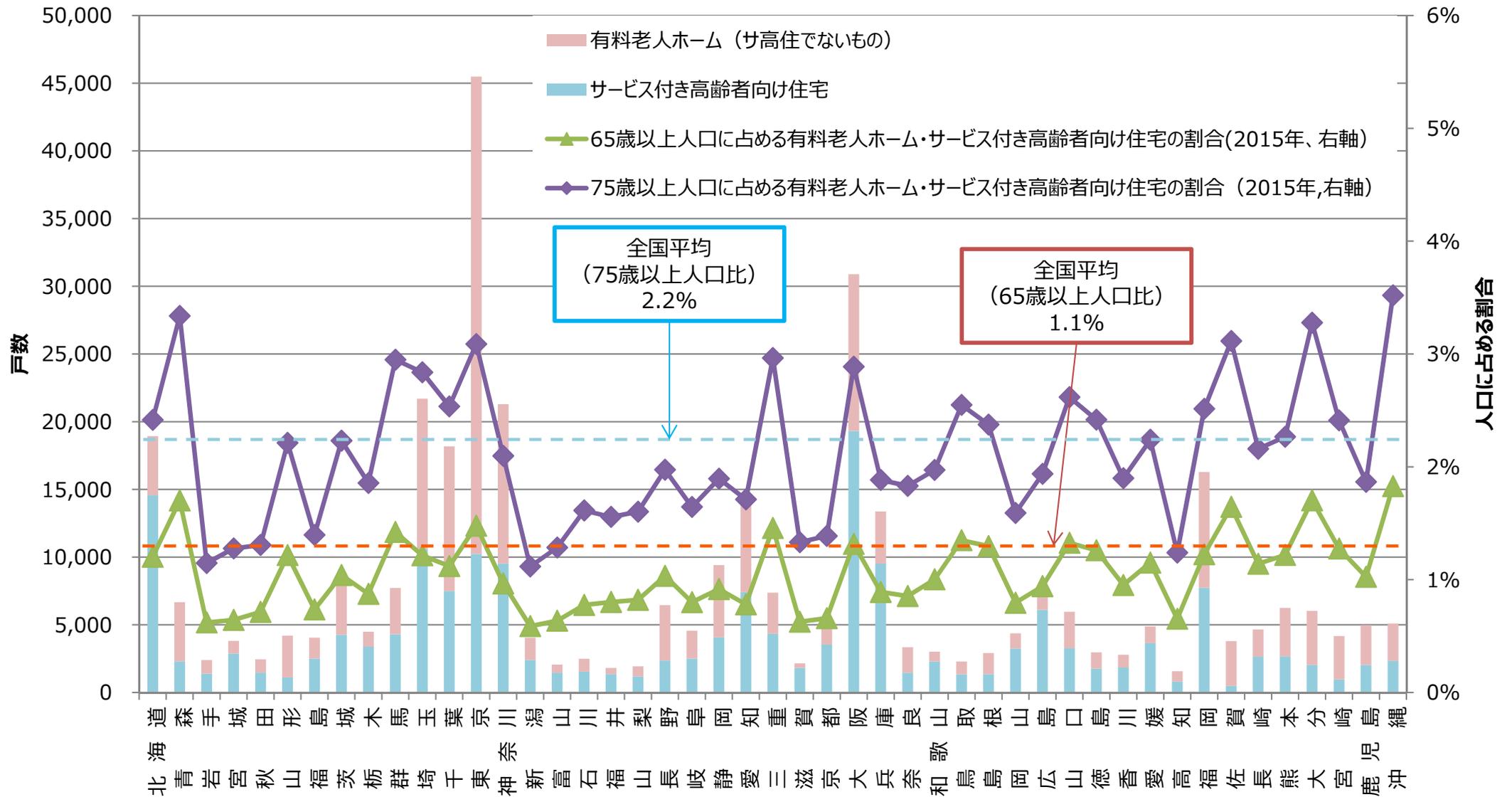
- 足下では要介護3以上の介護サービス受給者数に対する、介護保険3施設の定員数は4割強。介護サービス受給者数の多い一都三県、大阪等においては要介護3以上の介護サービス受給者に対する施設定員数が少なくなっている。



(出典) 厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」より経済産業省が作成

# 1-3-3-3 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の戸数

- 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、一都三県、大阪等で供給数が多い。



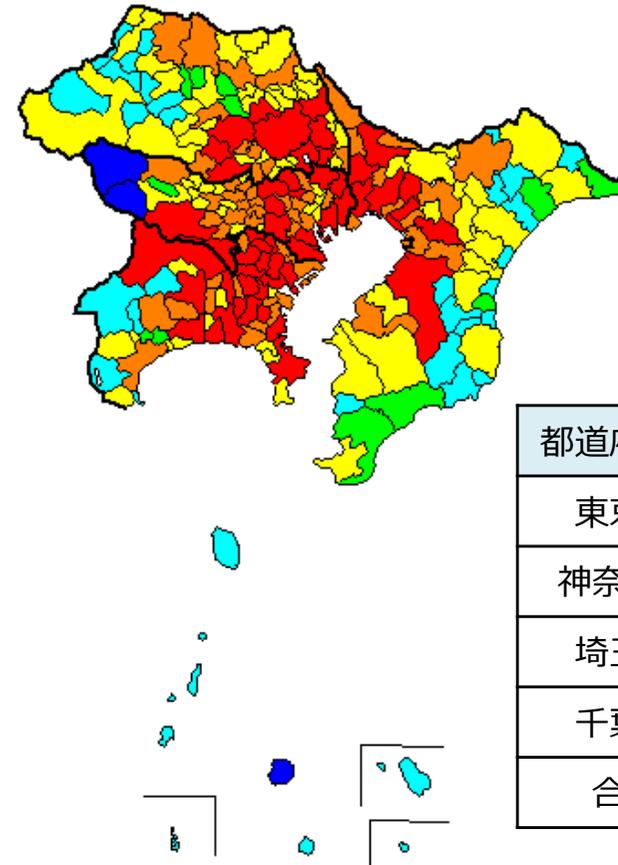
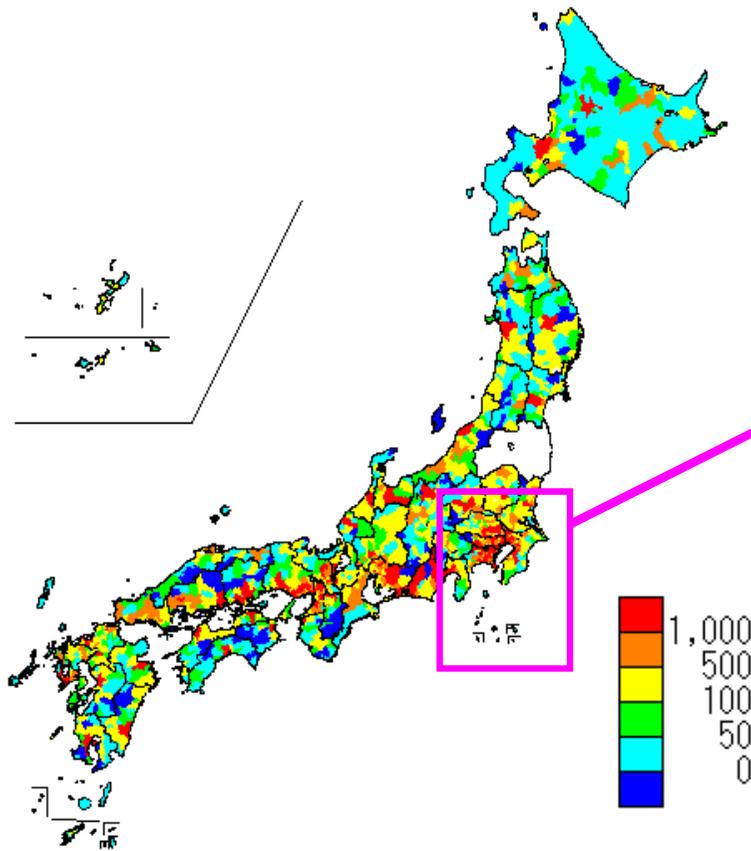
(出典) 厚生労働省「平成25年社会福祉施設等調査」、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム「サービス付き高齢者向け住宅登録状況（平成27年10月末時点）」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（平成25年3月推計）」より経済産業省が作成

# 1-3-4-1 介護保険3施設入居需要の将来推計

- 介護保険3施設（介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設）の入居需要の増減数を推計すると、一都三県だけでも、2035年までに16万人弱の介護施設入居需要の増加が見込まれる。

介護施設入居需要の増減数（2035年）＝  
要介護3以上の介護サービス受給者数の増減数（2035年）  
×要介護3以上の施設サービス受給者割合(38.6%)

一都三県における市区町村別の  
介護施設入居需要の増減数（2035年）推計



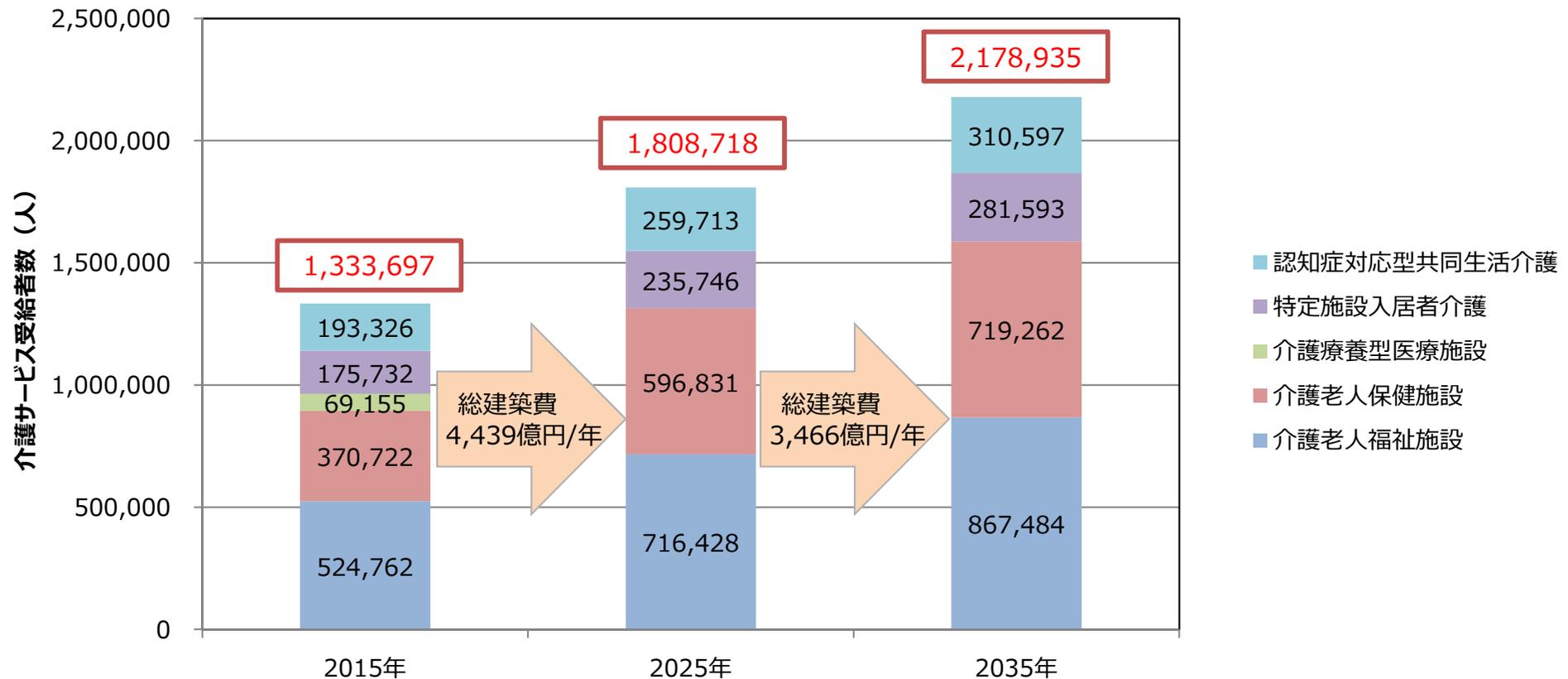
都道府県名	増減数
東京都	+49,405
神奈川県	+44,217
埼玉県	+34,027
千葉県	+30,812
合計	+158,461

※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月計）」で  
福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（平成25年3月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、  
厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

## 1-3-4-2 介護需要増に伴い必要な介護施設整備費

- 現状の介護施設の利用状況を前提とした場合、2035年にかけて介護保険3施設、特定施設及びグループホームで、約85万人の伸びが見込まれる。
- 現状の施設整備費を前提とすると、新築のみで今後一年当たり約3,500～4,500億円程度の施設整備費が必要になると見込まれる。



※1 介護療養型医療施設は、2018年度の廃止に伴い、介護老人保健施設に全て移行すると仮定。

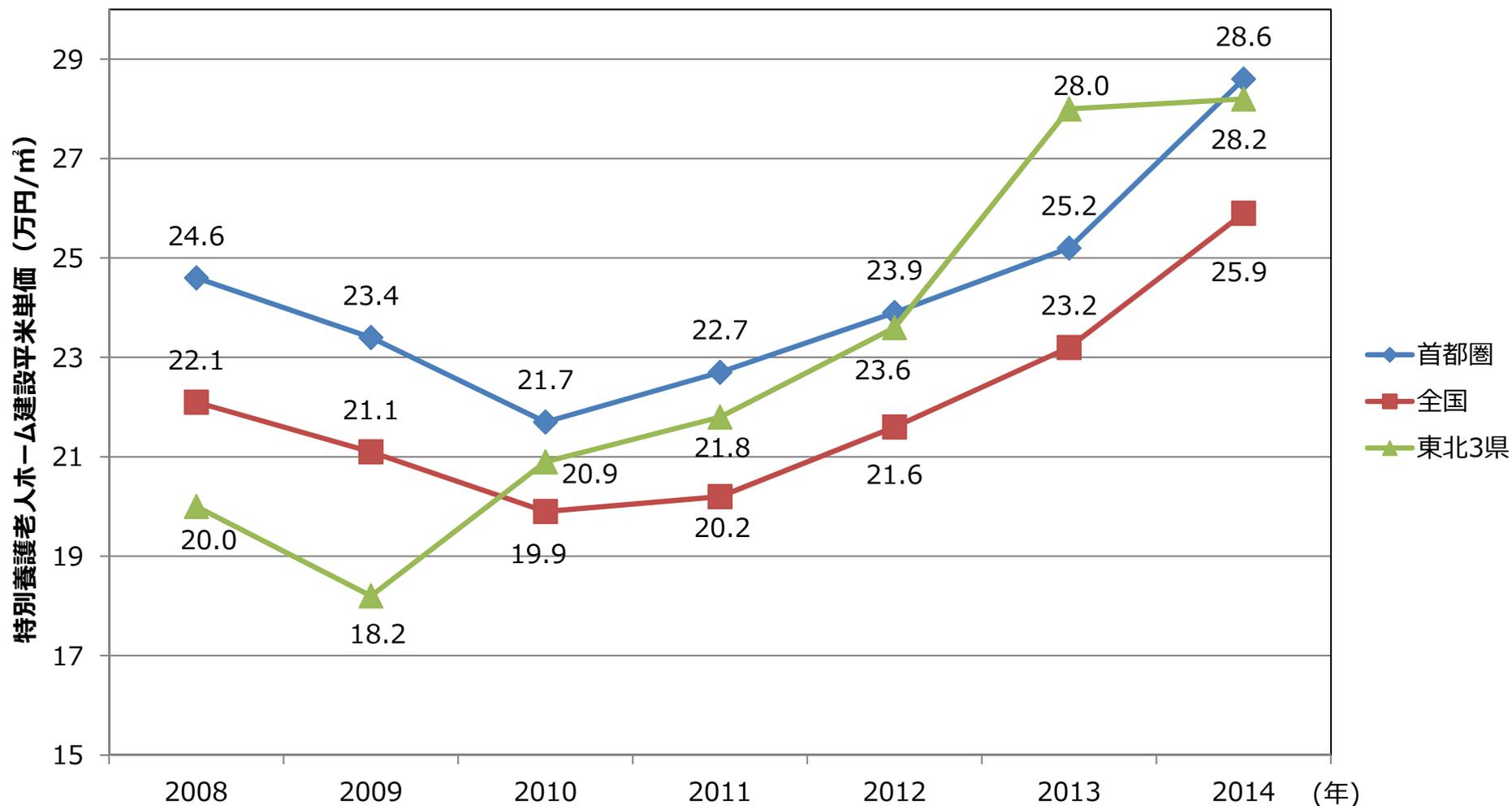
※2 特定施設入居者介護の施設増加については、サービス付き高齢者向け住宅と仮定して、建築費を試算。

※3 総建築費については、全て新築だと仮定して試算。

(出典) 厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、厚生労働省「厚生労働省（老健局）の取組について」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、一般財団法人建設物価調査会総合研究所「契約実績データからみた高齢者施設の工事費変動に関する研究」、財団法人高齢者住宅財団「サービス付き高齢者向け住宅の事業モデルと情報提供に関する調査研究」より経済産業省作成

# 1-3-4-3 建設コストの増加

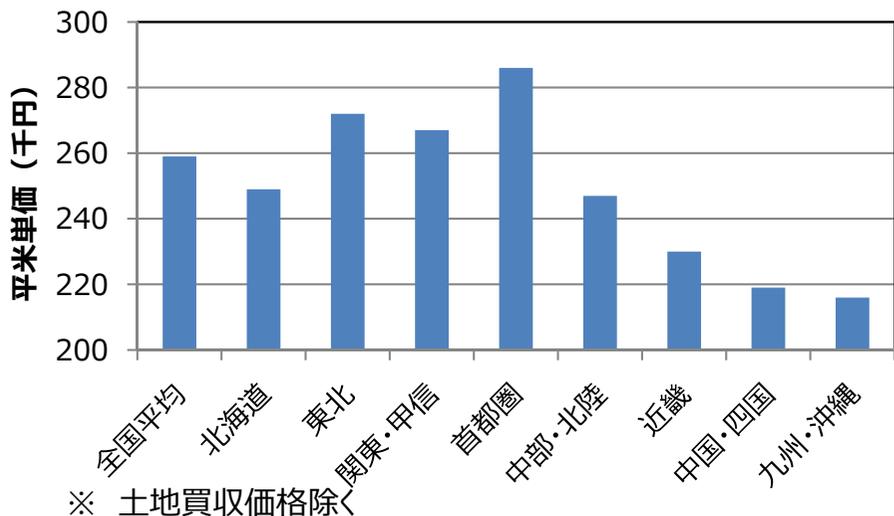
- 復興需要やオリンピックに向けた建設需要の増加の中で、足下で建設コストが増加している。



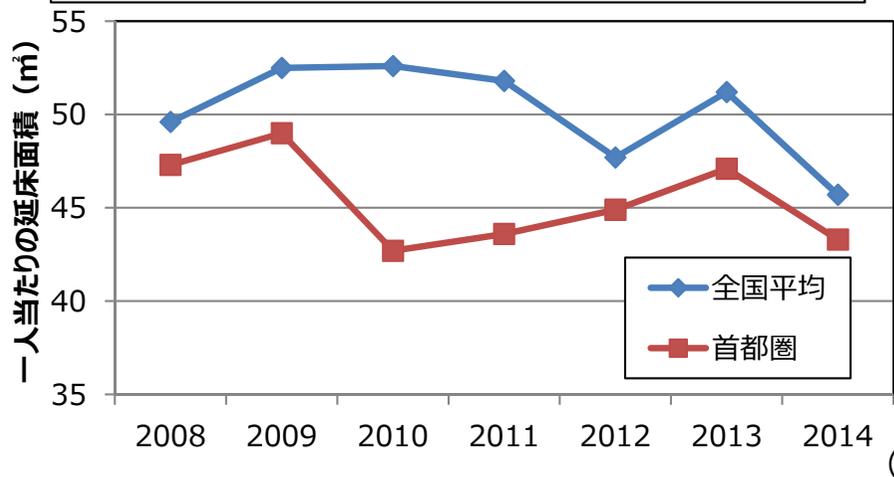
# 1-3-4-4 特別養護老人ホームの建設単価

- 地域別に見ると、特別養護老人ホームの平米単価は異なるものの、首都圏等の平米単価が高い地域は延床面積を小さくすることで、定員一人当たりの建設単価は同程度に抑えられている。

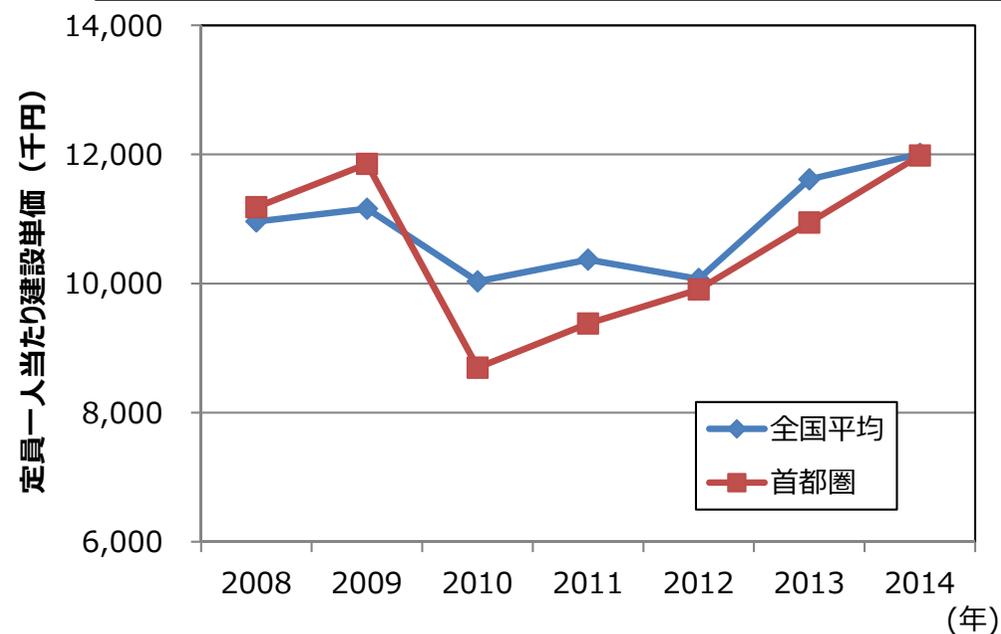
平成26年度 特別養護老人ホームの平米単価 地域ブロック別（平均）



特別養護老人ホームの定員一人当たり延床面積の推移



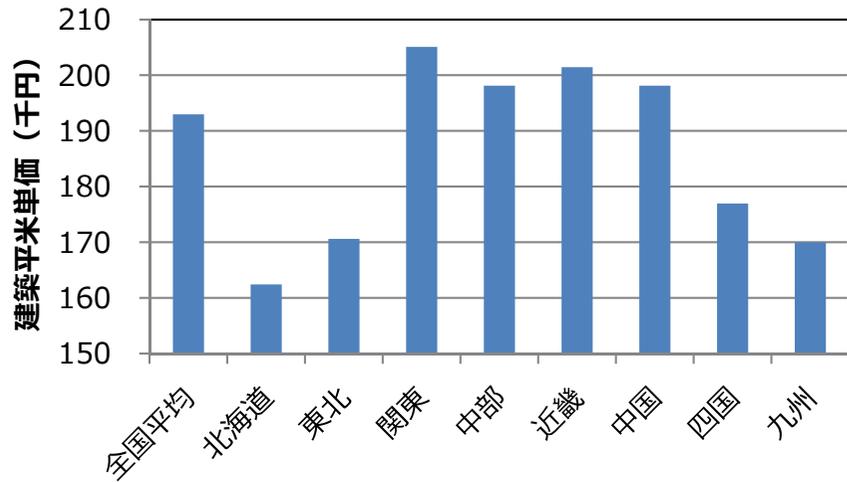
特別養護老人ホームの定員一人当たり建設単価の推移（平均）



# 1-3-4-5 サービス付き高齢者向け住宅の建設単価

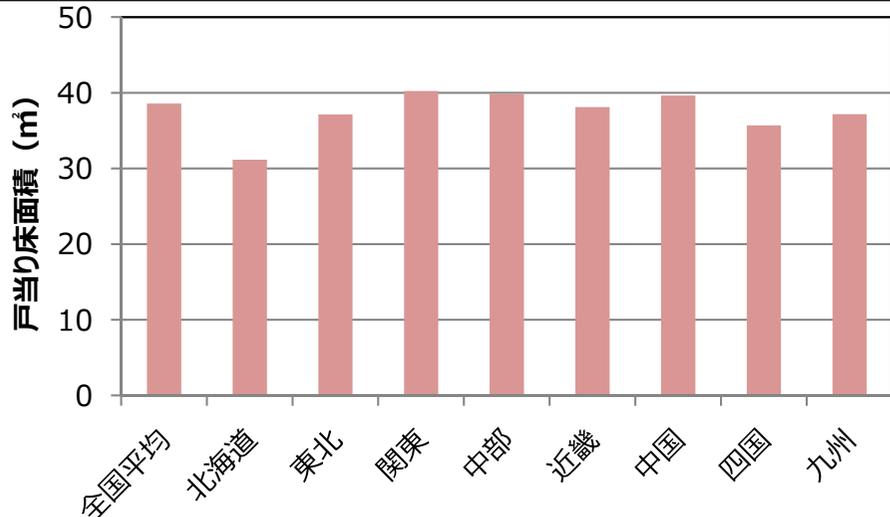
- サービス付き高齢者向け住宅については、特別養護老人ホームと異なり、戸当り建設単価は、平米単価と同じ地域特性が見られる。

平成24年度 サービス付き高齢者向け住宅の平米単価 地域ブロック別（平均）

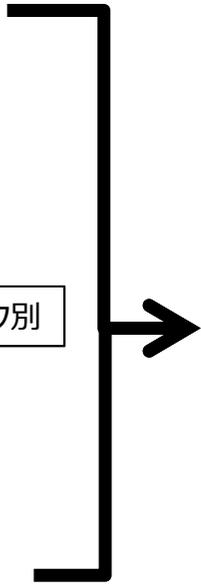
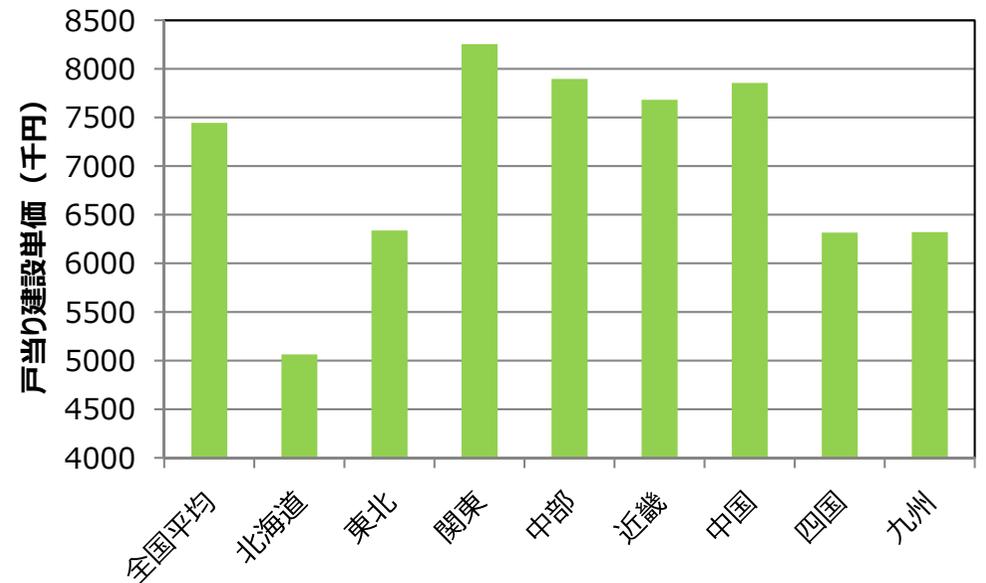


※ 土地買収価格除く

平成24年度サービス付き高齢者向け住宅の戸当たり床面積 地域ブロック別



サービス付き高齢者向け住宅の戸当り建設単価の推移 地域ブロック別



## 1-3-5-1 公費補助①（補助金）

- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設には自治体ごとに補助率は異なるものの、一床当たり数百～500万円の補助金が支給されている。
- サービス付き高齢者向け住宅については、一戸当たり100万円を上限として補助金が支給されている。

		補助金額・率	備考
特別養護 老人ホーム	広域型 特別養護老人ホーム	(東京都で整備する場合) ・ユニット型 500万円×定員数 ・従来型個室 450万円×定員数 ・多床室 405万円×定員数	自治体により補助金額は異なる
	地域密着型 特別養護老人ホーム	427万円×定員数	地域医療介護総合確保基金 (介護分)
介護老人 保健施設	広域型 介護老人保健施設	(東京都で整備する場合) ・ユニット型 500万円×定員数 ・従来型個室 450万円×定員数 ・多床室 405万円×定員数	自治体により補助金額は異なる
	小規模 介護老人保健施設	5,340万円×施設数	地域医療介護総合確保基金 (介護分)
サービス付き高齢者向け住宅		新築 1/10、改修 1/3を補助。上限は下記の通り。 ・夫婦型サ高住 上限 135万円/戸 ・既存ストック型サ高住 上限 150万円/戸 ・上記以外のサ高住 上限 120万円/戸 ・小規模多機能型居宅介護事業所等を 併設するサ高住 上限 1,200万円/施設	サービス付き高齢者向け住宅 整備事業（平成27年度補正 予算ベース）

## 1-3-5-2 公費補助②（税制面）

- 特別養護老人ホームについては、不動産取得税、固定資産税等についても特例措置が講じられている。
- サービス付き高齢者向け住宅は、税制上の優遇措置が設けられている。

	不動産取得税	固定資産税	法人税
特別養護老人ホーム	非課税	非課税	非課税
介護老人保健施設 (医療法人が運営した場合)	課税	課税	課税 (特定医療法人※1は 軽減税率が適用)
介護療養型医療施設 (医療法人が運営した場合)	課税	課税	課税 (特定医療法人※1は 軽減税率が適用)
サービス付き 高齢者向け住宅※2	<家屋> 課税標準から1,200万円控除/戸 <土地> 家屋の床面積の2倍にあたる土地面積相当分の価格等を減額	5年間 税額について2/3を参酌して1/2以上5/6以下の範囲内において市町村が条例で定める割合を軽減	5年間 割増償却 40% (耐用年数35年未満28%)

※1 特定医療法人とは、租税特別措置法に基づく財団又は持分の定めがない社団の医療法人であって、その事業が医療の普及及び向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ、公的に運営されていることにつき国税庁長官の承認を受けたものである。

※2 時限措置として設けられている「サービス付き高齢者向け住宅供給促進税制」を適用した場合。適用には、床面積・戸数などの要件を満たす必要があり、また物件を取得した時期により適用内容が異なる。

# 1-3-5-3 介護保険施設に関する地方自治体の権限等

- 定員数の規模によって、都道府県や市町村の権限等が異なる。

		定員数	指定・監督権限	主な補助金交付主体 (財源)	備考	
特別養護老人ホーム	広域型特別養護老人ホーム	30人以上	都道府県 中核市 政令指定都市	都道府県 (地方交付税交付金)		
	地域密着型特別養護老人ホーム	29人以下	市区町村	都道府県、市区町村 (地域医療介護総合確保基金)		
介護老人保健施設	広域型介護老人保健施設	30人以上	都道府県 中核市 政令指定都市	都道府県 (地方交付税交付金)		
	小規模介護老人保健施設	サテライト型 小規模介護老人保健施設		29人以下	都道府県、市区町村 (地域医療介護総合確保基金)	本体施設と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営される施設
		医療機関併設型 小規模介護老人保健施設				病院又は診療所に併設された施設

## 1-3-6 施設別・要介護度別の介護費

- 一人当たりの介護費は、24時間の介護サービス提供を前提とし、サービス提供量の総量が多い施設介護が相対的に大きい状況にある。

要介護度別介護サービス別の一人当たり介護費（万円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護療養型医療施設	22.3	25.7	31.8	35.0	37.5
介護老人保健施設	23.2	24.7	26.5	28.0	29.5
介護老人福祉施設	20.0	22.0	23.8	25.6	27.4
地域密着型介護老人福祉施設	20.2	22.1	24.1	25.9	28.0
特定施設入居者生活介護 (短期利用以外)	16.0	17.8	19.9	21.8	23.7
訪問通所	6.6	8.8	12.2	14.7	18.6
短期入所	5.0	6.5	10.1	11.9	12.3

## 1-3-7 課題サマリー（必要な介護施設サービスの拡大）

### （介護施設需要の拡大とこれに対応した施設整備費の拡大）

- 2035年までに、約300万人の給付者増が見込まれる。その中で、介護保険3施設、特定施設及びグループホームで、約85万人の入居需要増が見込まれる。
- これに伴い、今後一年当たり新設のみで約3,500～4,500億円程度の施設整備費が必要になる。

### （介護施設の拡大に伴う公費による下支えの拡大）

- 現行の補助制度や優遇措置が維持される場合、介護施設数の拡大に伴い公費負担も拡大する。

### （施設介護と居宅介護について）

- 一人当たりの介護費の総量は施設介護が大きい。他方、時間当たりのサービス提供の生産性は施設介護の方が高いものと考えられる。一人当たりの介護費と社会全体としての生産性のベストミックスを考えていくことが必要。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

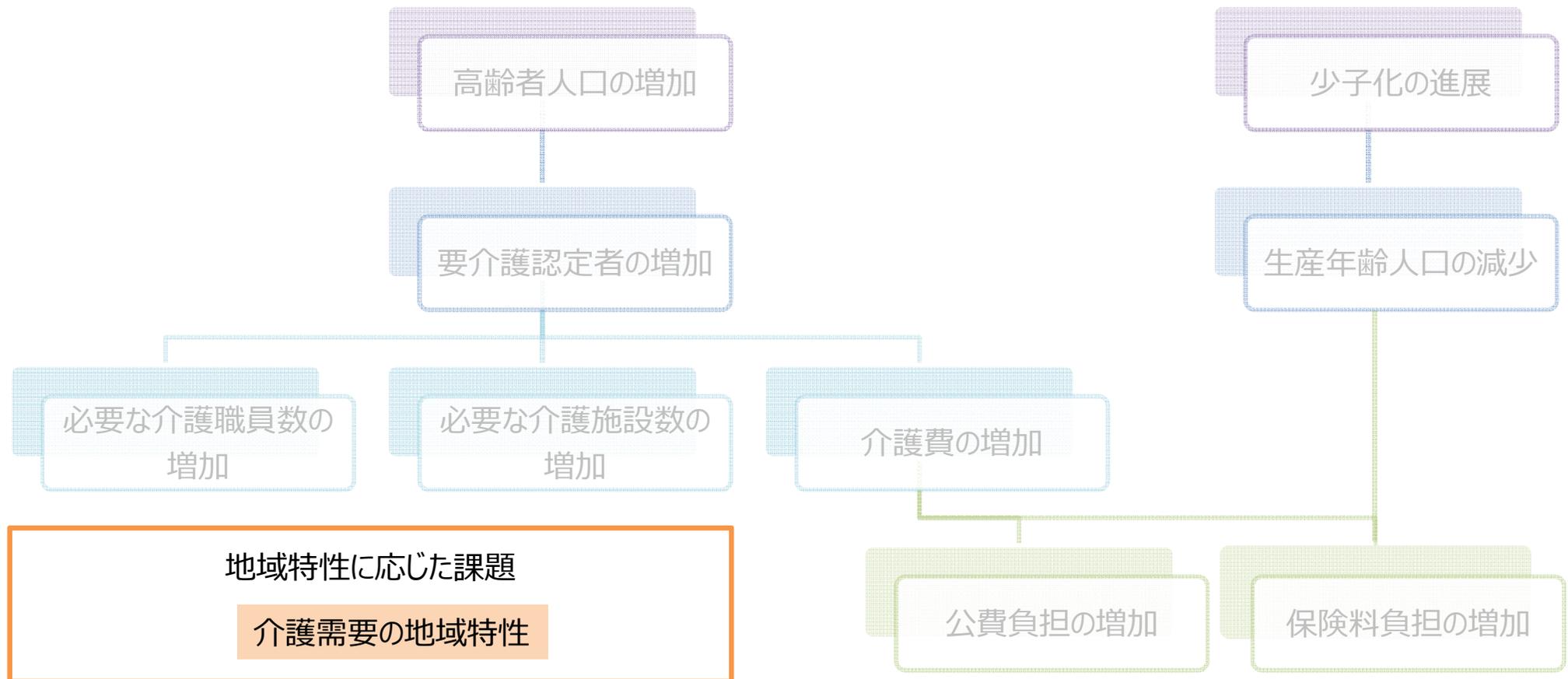
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-4-1 地域特性について

- ここまで概観してきた様々な課題は、地域ごとの特性によって地域特性を有する。課題や対応の方向性を検討する際には、地域特性を踏まえつつ検討していくことが必要となる。

## 少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造

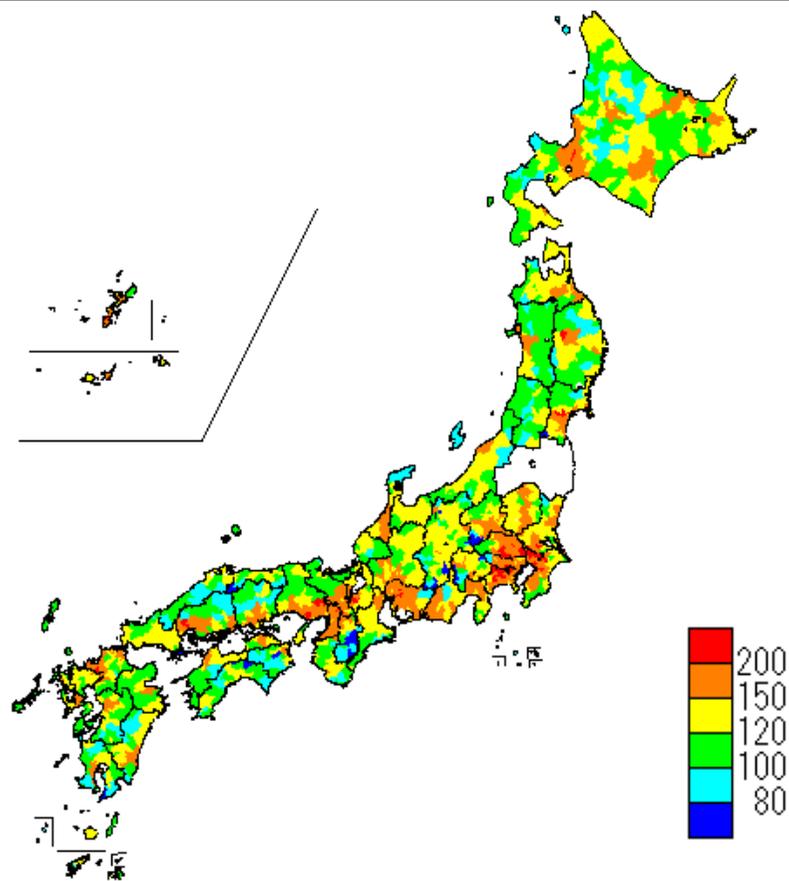


将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した課題

# 1-4-2-1 介護(予防)サービス受給者数の増減割合の地域特性

- 市区町村別に介護(予防)サービス受給者数の増減を推計すると、2035年時点で、2015年時点の2倍以上の介護（予防）サービス受給者数になる市区町村が71ある一方、2015年時点よりも介護(予防)サービス受給者数が減少する市区町村が193ある見込み。

2035年時点における市区町村別介護(予防)サービス受給者数の増減割合  
(2015年時点 = 100とした場合)



2035年時点における介護(予防)サービス受給者数の増減割合の上位10位と下位10位の市区町村名 (2015年時点 = 100)

上位			下位		
	市区町村名	介護(予防)サービス受給者の伸び		市区町村名	介護(予防)サービス受給者の伸び
1	千葉県美浜区	264	1	高知県大豊町	62
2	宮城県富谷町	254	2	群馬県南牧村	63
3	茨城県守谷市	238	3	山梨県早川町	63
4	埼玉県鶴ヶ島市	235	4	山梨県丹波山村	68
5	千葉県浦安市	234	5	長野県小川村	69
6	千葉県白井市	231	6	長野県天龍村	69
7	埼玉県三郷市	228	7	山口県上関町	70
8	埼玉県伊奈町	228	8	奈良県天川村	73
9	愛知県長久手町	226	9	長野県根羽村	74
10	横浜市青葉区	225	10	長野県北相木村	75

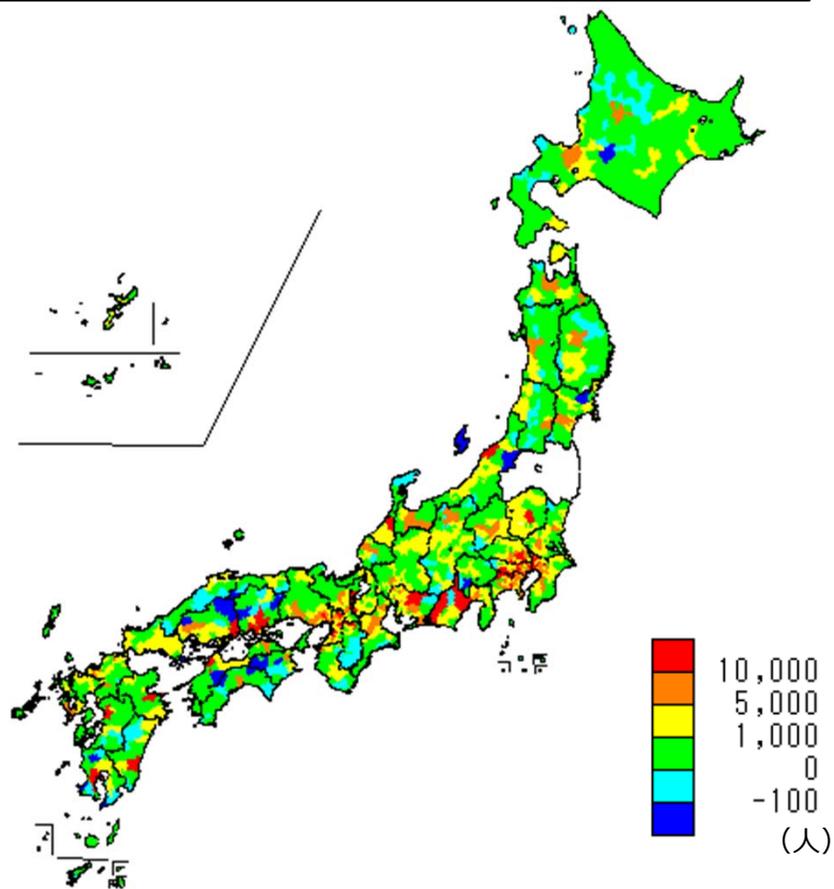
※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月計）」で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（平成25年3月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

# 1-4-2-2 介護(予防)サービス受給者数の増減数の地域特性

- 市区町村別の介護(予防)サービス受給者数の増減を数値ベースで比較すると、都市部を中心に1万人以上の介護(予防)サービス受給者数が増える一方で、給付者数が減少する市区町村も見られる。

2035年時点における市区町村別介護(予防)サービス受給者数の増減  
(対2015年)



2035年時点における市区町村別介護(予防)サービス受給者数の増減  
(対2015年) の上位10位と下位10位の市区町村名

上位			下位		
	市区町村名	介護(予防)サービス受給者の増加数(人)		市区町村名	介護(予防)サービス受給者の増加数(人)
1	埼玉県さいたま市	+33,620	1	山口県周防大島町	▲379
2	神奈川県相模原市	+24,706	2	徳島県三好市	▲310
3	東京都練馬区	+24,007	3	新潟県佐渡市	▲269
4	大阪府堺市	+22,151	4	鹿児島県南さつま市	▲233
5	新潟県新潟市	+18,922	5	高知県大豊町	▲199
6	静岡県浜松市	+18,482	6	広島県神石高原町	▲186
7	千葉県船橋市	+16,889	7	山梨県身延町	▲171
8	熊本県熊本市	+16,849	8	愛媛県久万高原町	▲159
9	東京都八王子市	+16,520	9	鹿児島県南大隅町	▲159
10	東京都世田谷区	+16,392	10	広島県庄原市	▲153

※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月計)」で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

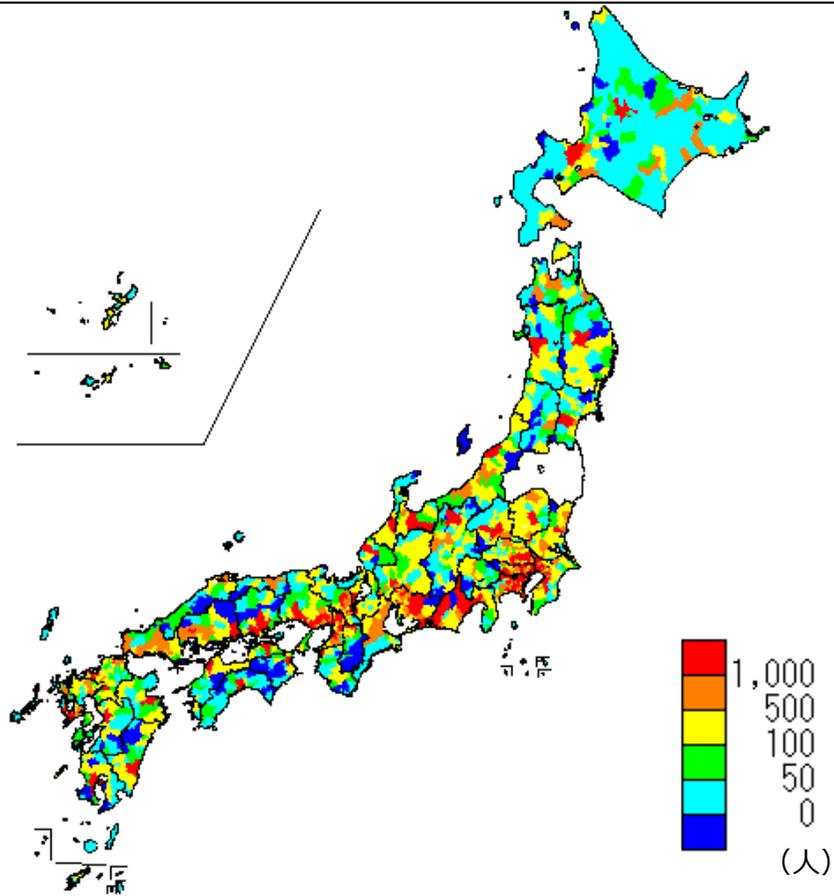
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計(平成25年3月推計)」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

# 1-4-3 介護施設入居需要の増減数の地域特性①

- 介護保険3施設（介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設）の入居需要の増減数においても、地域特性が大きく、都市部を中心に数千人規模の介護施設需要の発生が見込まれる。

介護施設入居需要の増減数（2035年） =  
 要介護3以上の介護サービス受給者数の増加数（2035年）  
 ×要介護3以上の施設サービス受給者割合(38.6%)

介護施設入居需要の増減数（2035年）の  
 上位10位と下位10位の市区町村名



上位		下位			
	市区町村名	介護施設入居需要の増減数(人)	市区町村名	介護施設入居需要の増減数(人)	
1	埼玉県さいたま市	+5,668	1	山口県周防大島町	▲49
2	神奈川県相模原市	+4,235	2	徳島県三好市	▲32
3	東京都練馬区	+4,003	3	鹿児島県南さつま市	▲27
4	大阪府堺市	+3,913	4	高知県大豊町	▲27
5	新潟県新潟市	+3,268	5	山梨県身延町	▲23
6	静岡県浜松市	+3,195	6	広島県神石高原町	▲22
7	千葉県船橋市	+2,913	7	鹿児島県南大隅町	▲18
8	熊本県熊本市	+2,867	8	徳島県神山町	▲17
9	東京都世田谷区	+2,842	9	徳島県つるぎ町	▲16
10	東京都八王子市	+2,815	10	愛媛県久万高原町	▲16

※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月計）」で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（平成25年3月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

## 1-4-4 介護施設入居需要の増減数の地域特性②

- 今後、2035年までに、全国で約49万人の介護保険3施設の入居需要増が見込まれる。そのうち、一都三県だけで16万人弱の介護保険3施設の入居需要増となる見通し。

都道府県名	入居需要の増減数	都道府県名	入居需要の増減数	都道府県名	入居需要の増減数
北海道	24,819	福井県	2,491	広島県	11,388
青森県	4,214	山梨県	2,692	山口県	4,380
岩手県	3,415	長野県	5,976	徳島県	2,280
宮城県	9,410	岐阜県	7,102	香川県	3,057
秋田県	2,463	静岡県	14,086	愛媛県	4,366
山形県	2,506	愛知県	30,664	高知県	1,997
茨城県	11,150	三重県	5,878	福岡県	21,546
栃木県	7,101	滋賀県	5,459	佐賀県	2,408
群馬県	7,049	京都府	11,729	長崎県	4,245
埼玉県	34,027	大阪府	40,017	熊本県	5,403
千葉県	30,812	兵庫県	22,853	大分県	3,825
東京都	49,405	奈良県	5,986	宮崎県	3,748
神奈川県	44,217	和歌山県	2,878	鹿児島県	4,083
新潟県	6,840	鳥取県	1,524	沖縄県	5,053
富山県	3,599	島根県	1,499		
石川県	4,287	岡山県	6,141	全国計	490,369

約  
16  
万人

※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月計）」で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

## 1-4-5 課題サマリー（地域特性）

### （介護(予防)サービス受給者数の伸びの地域特性）

- 市区町村ごとに介護(予防)サービス受給者数の増減を推計すると、2035年時点で、2015年時点の2倍以上の介護(予防)サービス受給者数になる市区町村が71となる一方、2015年時点よりも介護(予防)サービス受給者数が減少する市区町村が193となる見込み。
- 介護保険3施設（介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設）の入居需要についても、今後、2035年までに、全国で約49万人の介護保険3施設の入居需要増が見込まれる。そのうち、一都三県だけで16万人弱の介護保険3施設の入居需要増となる見通し。
- 人口動態や介護需要の地域特性が大きい中で、地域特性に即した介護サービスの在り方及びその実現のための方策を検討していくことが必要。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

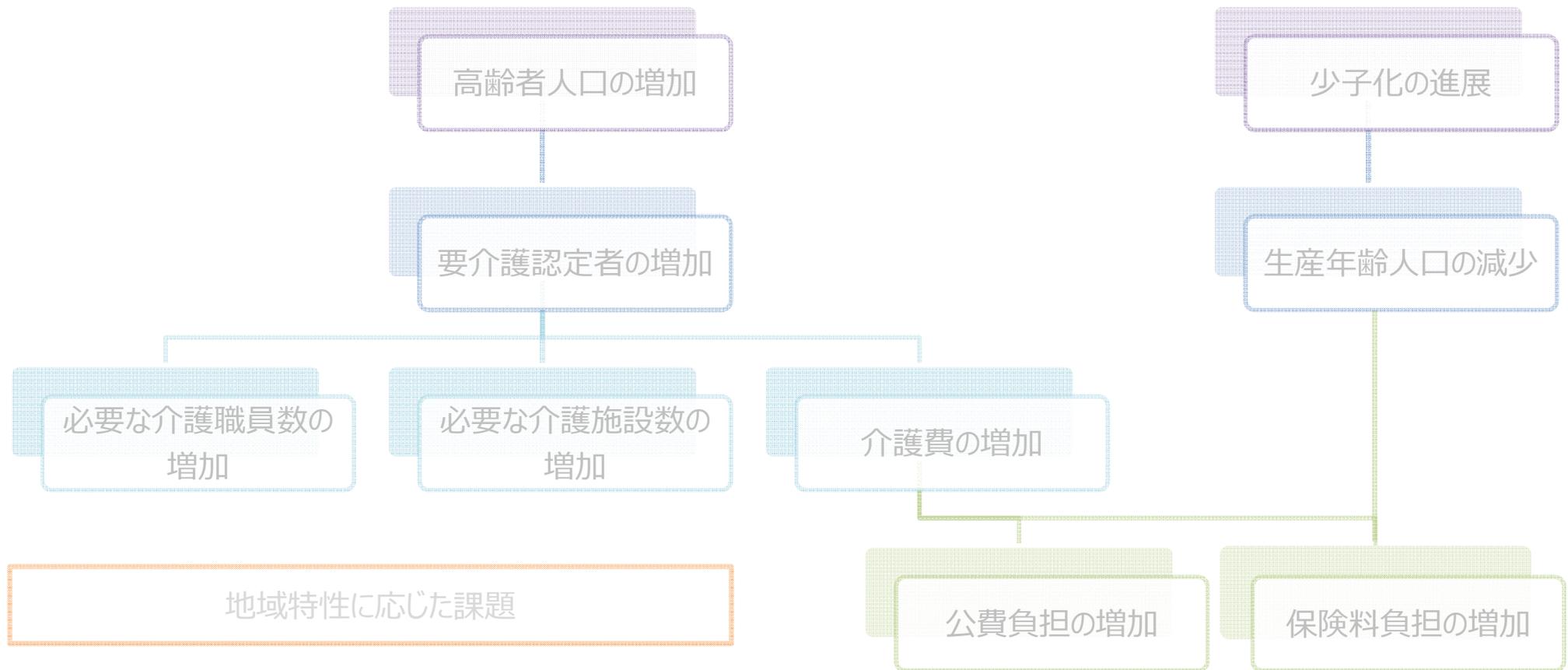
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 1-5-1 将来の高齢者の経済的・社会的環境について

- 将来の介護サービス提供を考える上では、介護サービス利用者である高齢者の経済的・社会的環境を踏まえた対応の方向性を検討することが必要。

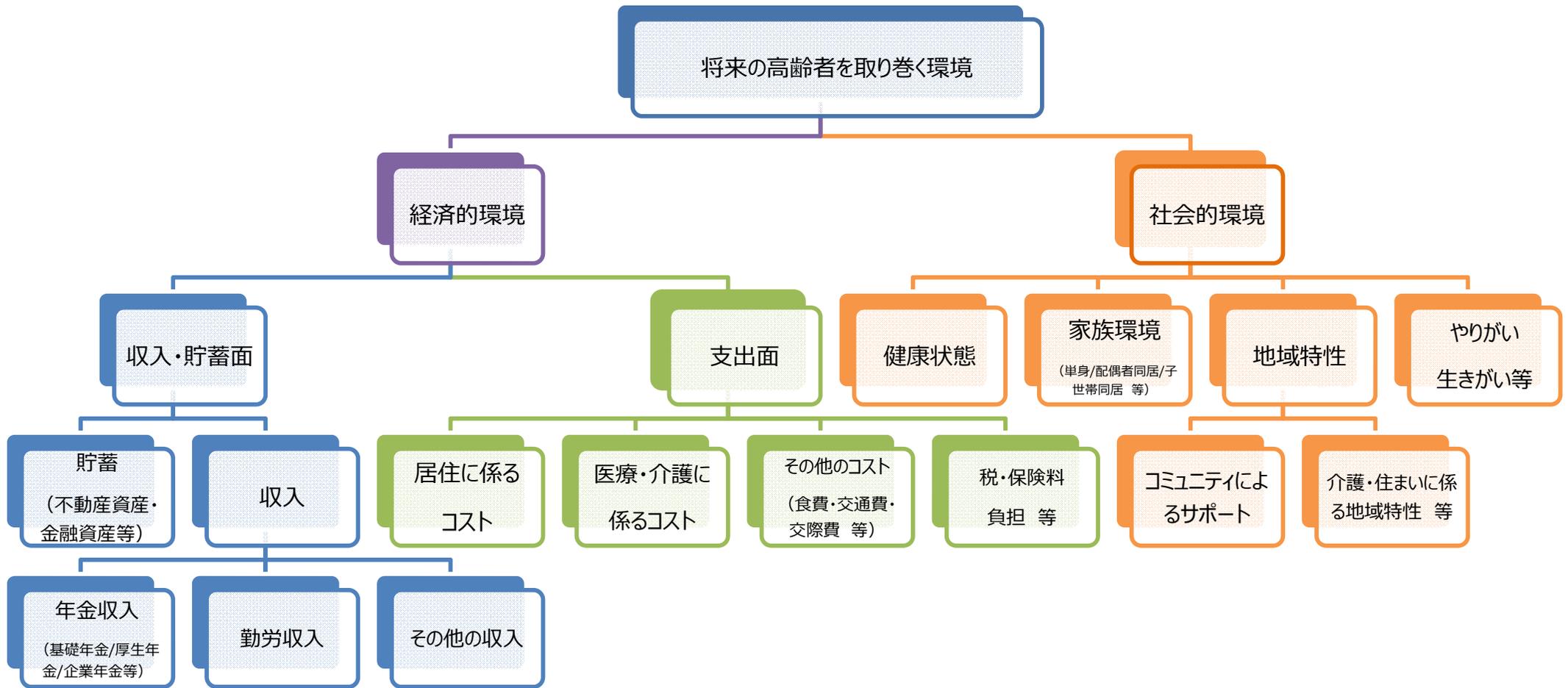
## 少子高齢化に伴う介護に係る課題の構造



将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した課題

# 1-5-2 将来の高齢者の経済的・社会的環境の変化について

- 高齢者の経済的・社会的環境について、下記のような要素に分解した上で、こうした要素分解を念頭に、将来の高齢者を取り巻く環境の変化について次頁以降概観する。

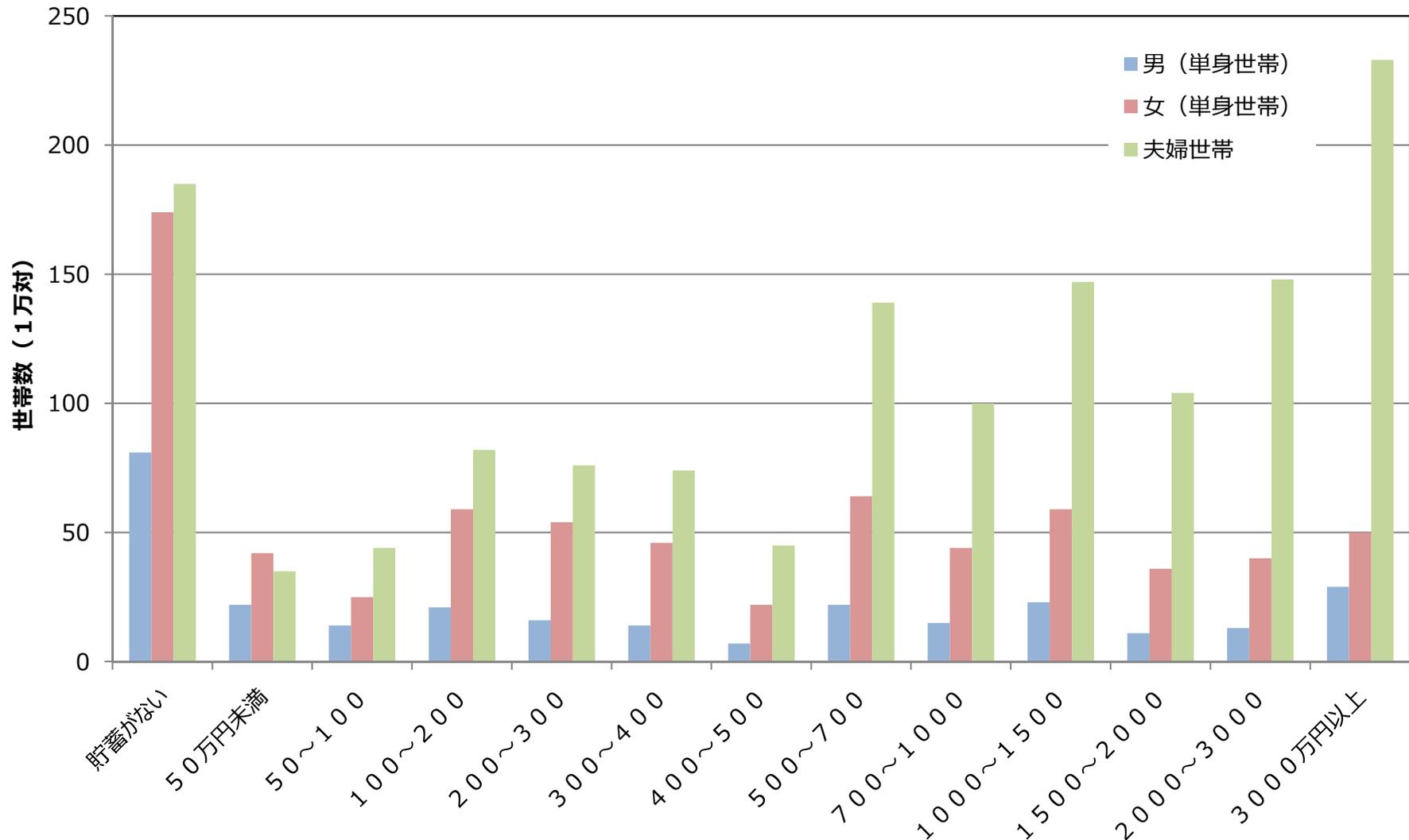


介護需要の拡大／介護職員の拡大／社会保険料・公費負担の拡大等の構造的変化

# 1-5-3-1 (収入・貯蓄面①) 貯蓄資産

- 足下で、貯蓄資産が1千万円以下の高齢者世帯は1万世帯当たり1,520世帯あり、貯蓄がない世帯も440世帯存在。

65歳以上の世帯の世帯類型別貯蓄資産額の分布

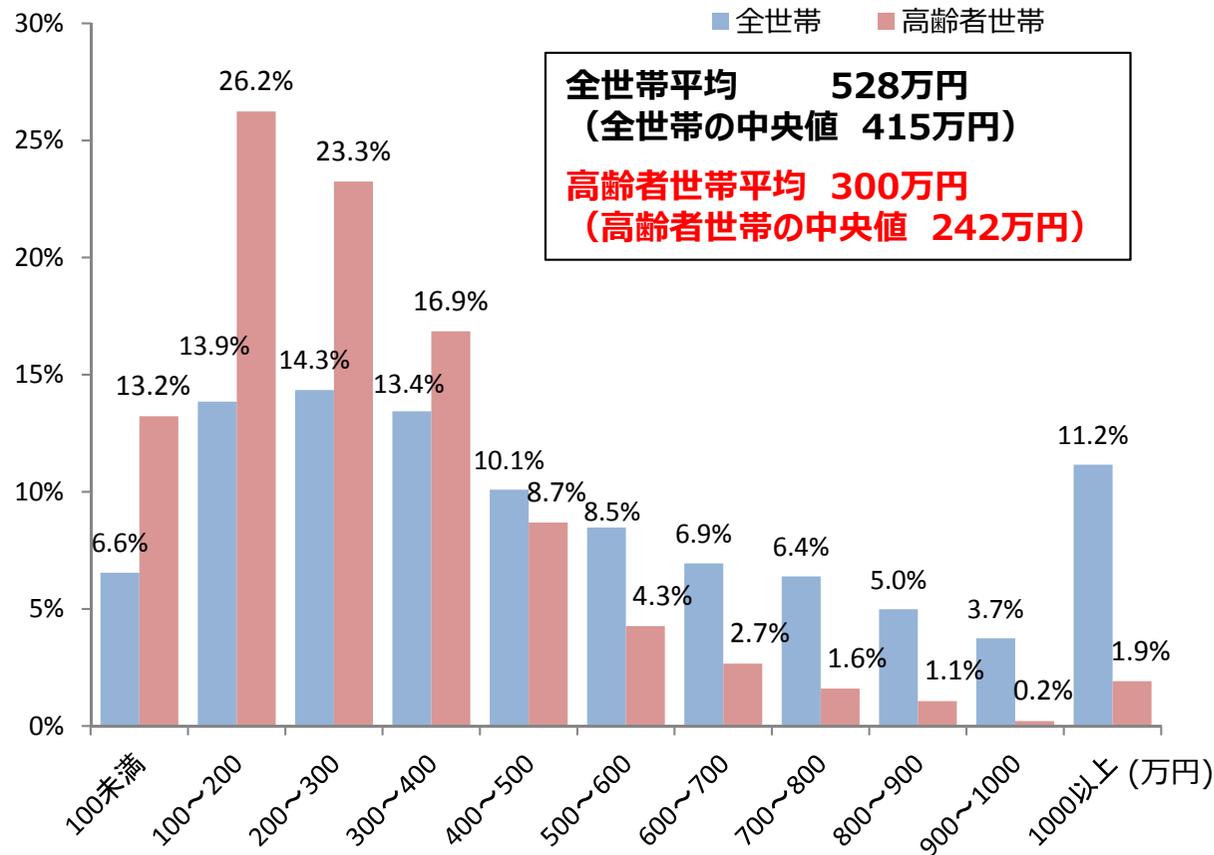


(出典) 厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」より経済産業省が作成

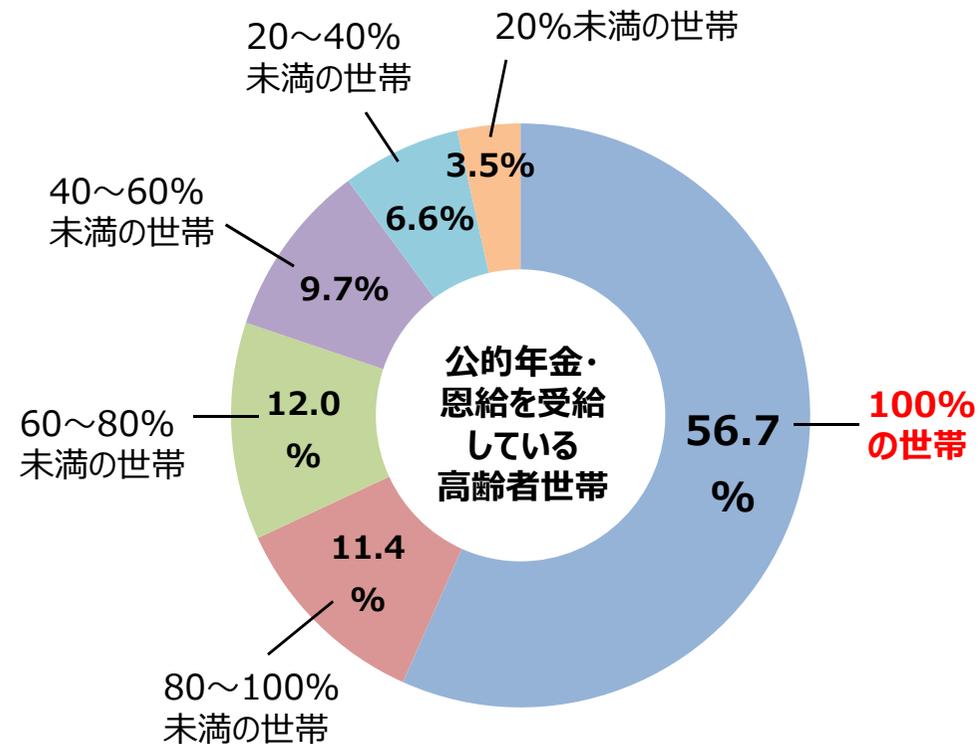
# 1-5-3-2 (収入・貯蓄面②) 高齢者の所得

- 高齢者世帯の6割以上が年収300万円未満となっている。また、約6割が公的年金・恩給のみで生活。

年間所得階級別世帯分布



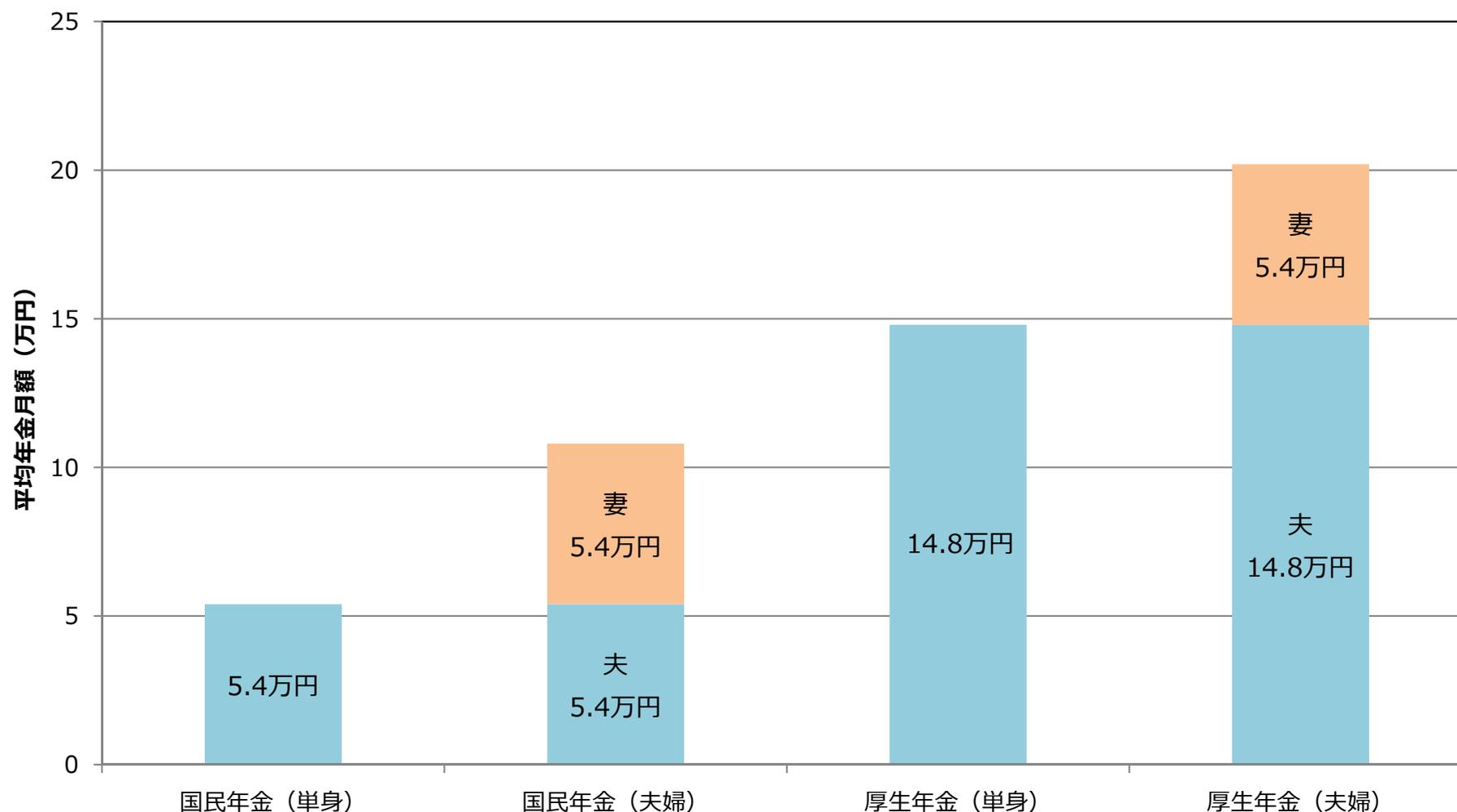
高齢者世帯総所得に占める公的年金の割合



※高齢者世帯：65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯  
 ※2013年の1年間の所得

### 1-5-3-3 (収入・貯蓄面③) 世帯別年金収入のイメージ

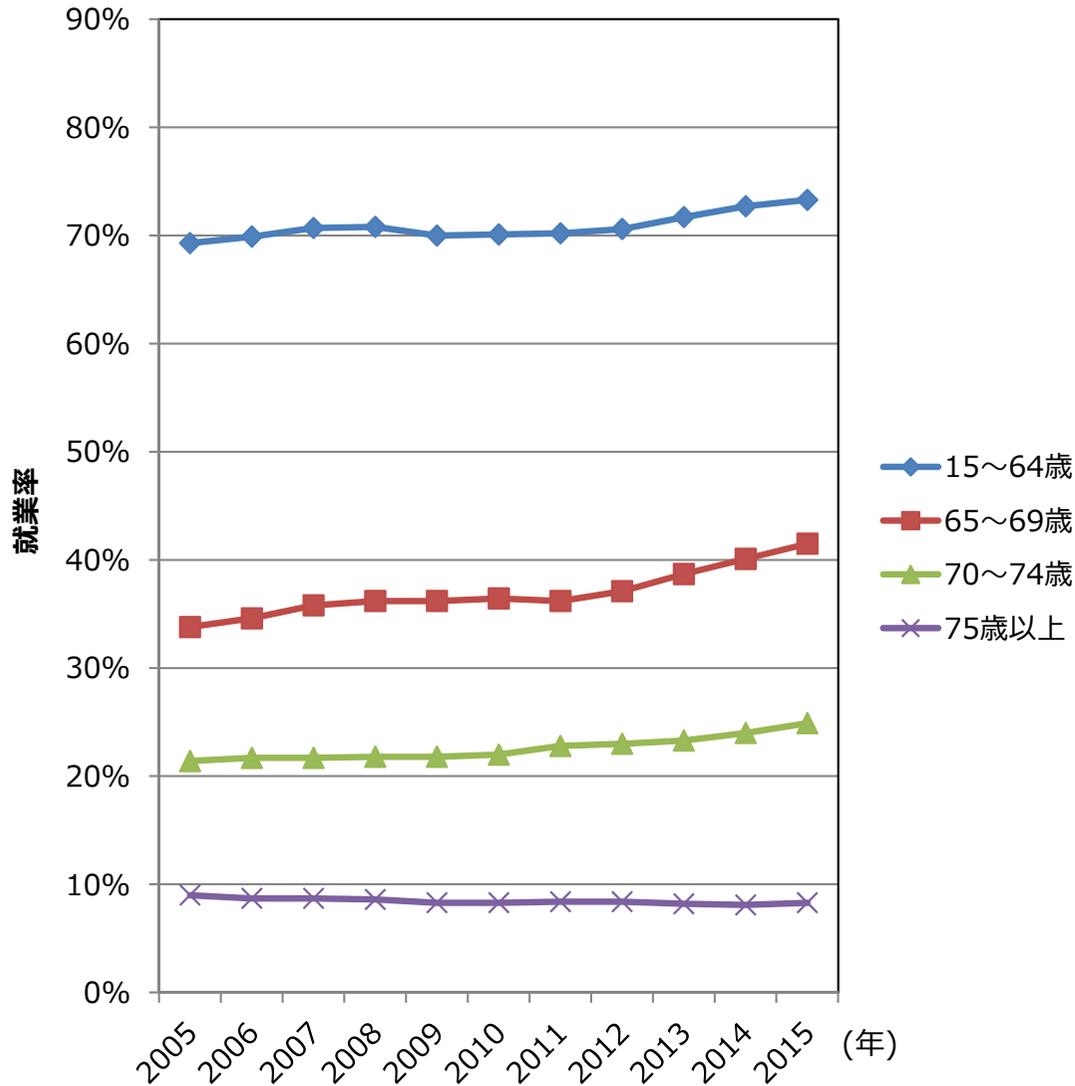
- 世帯別年金収入は、国民年金第一号被保険者、第二号被保険者、単身・夫婦世帯の別によって大きく異なるなかで、非就労・国民年金のみ世帯が拡大した場合、高齢者の経済的な基盤は相対的に弱いものとなる可能性。



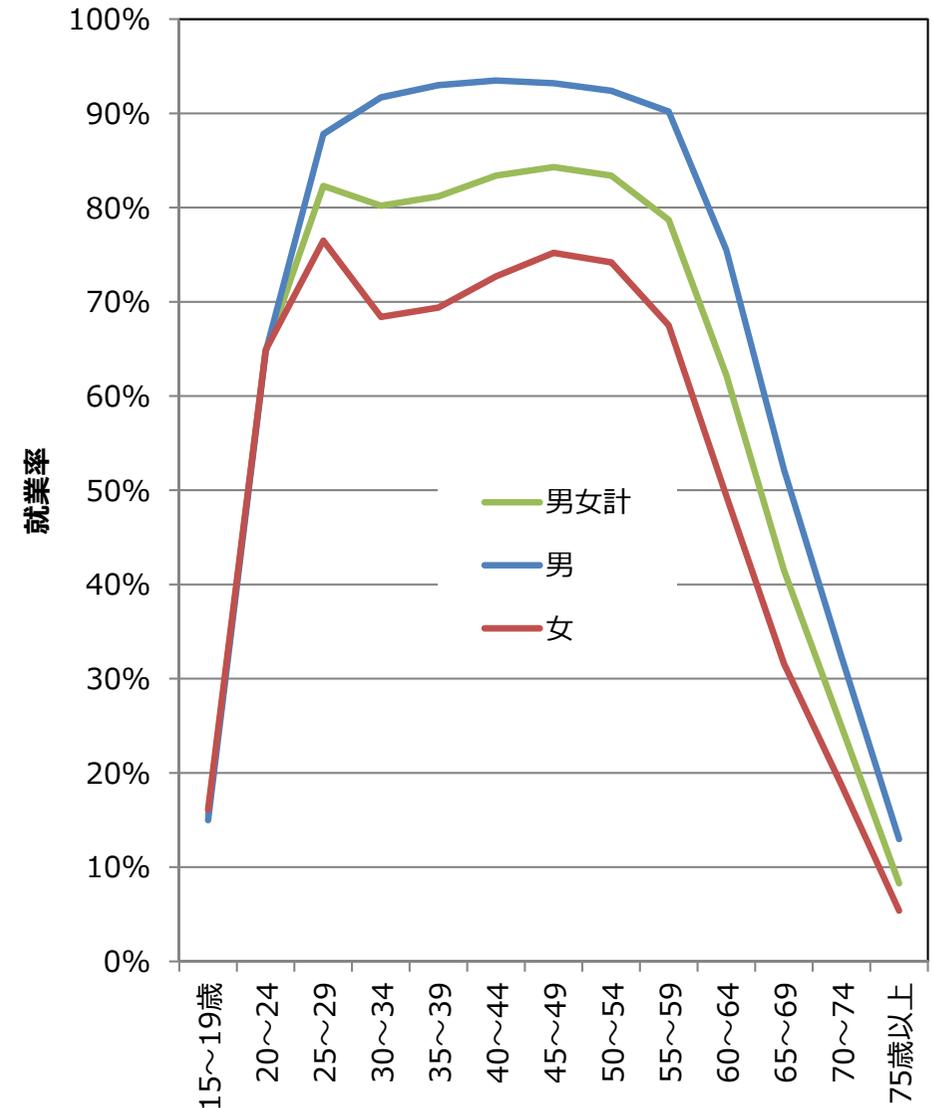
# 1-5-3-4 (収入・貯蓄面④) 就業率の推移

- 74歳までの高齢者就業率は拡大傾向。他方、75歳以上就業率は10%以下で横ばいで推移。

年齢階層別就業率の推移 (男女計)



2014年時点の年齢階級別就業率

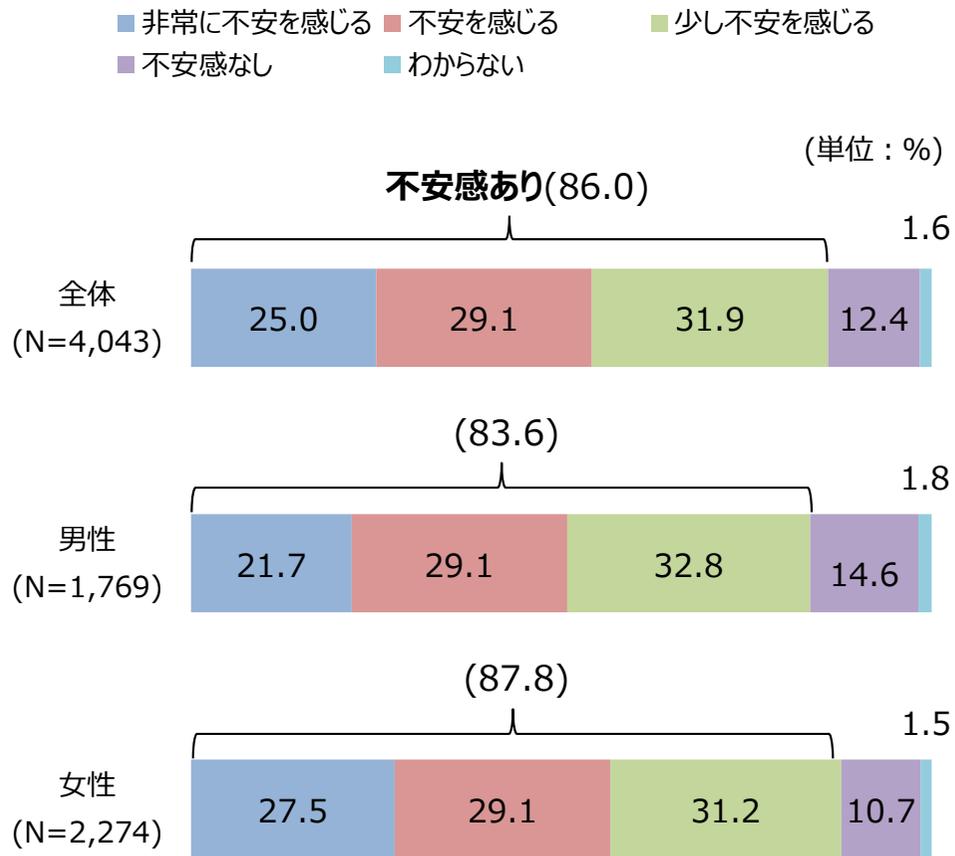


(出典) 総務省「平成26年労働力調査年報」より経済産業省が作成

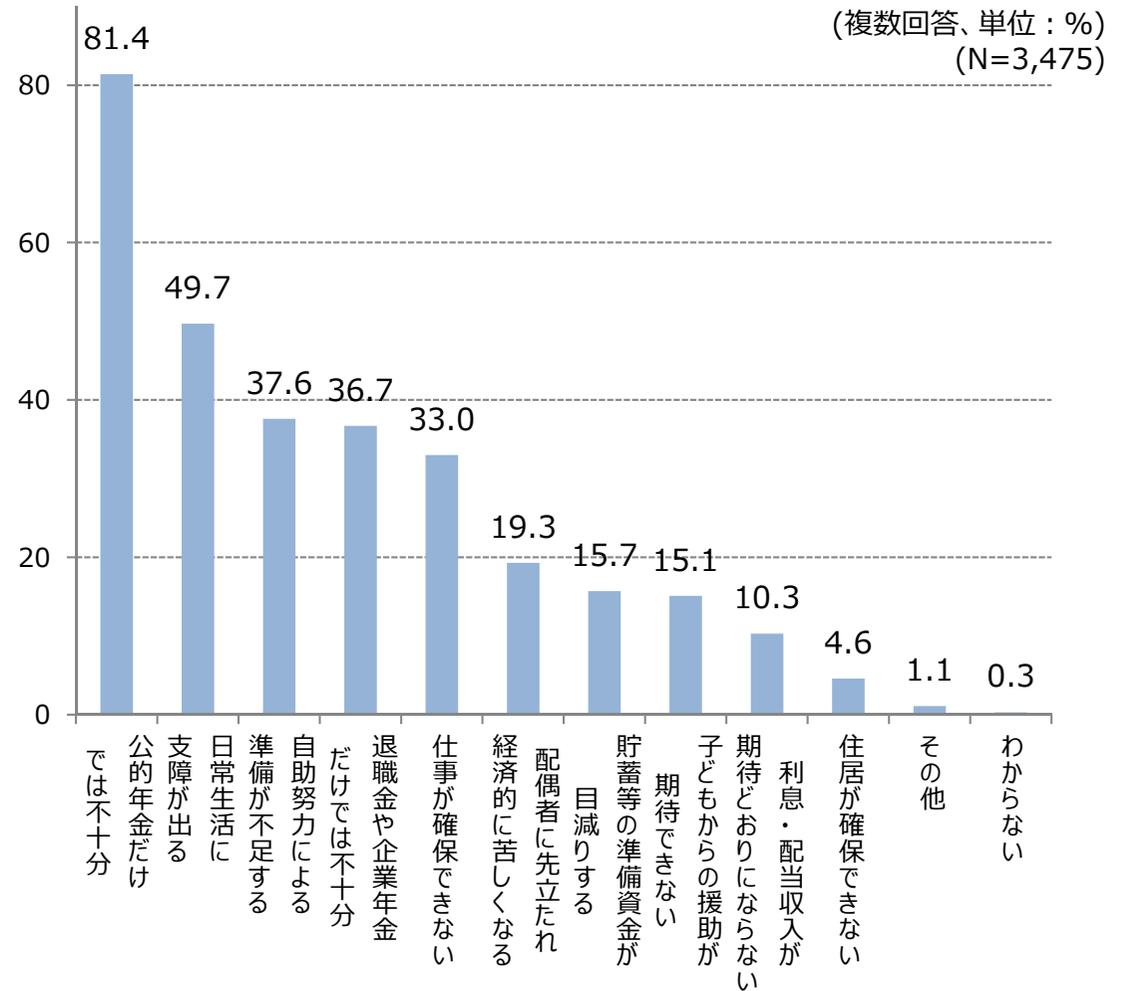
# 1-5-3-5 (収入・貯蓄面⑤) 経済的備えに対する不安感

- 収入、資産と支出のバランスや健康リスクに対する不安を主な理由として、老後生活に不安を感じる高齢者は8割を超える。

老後生活に対する不安の有無



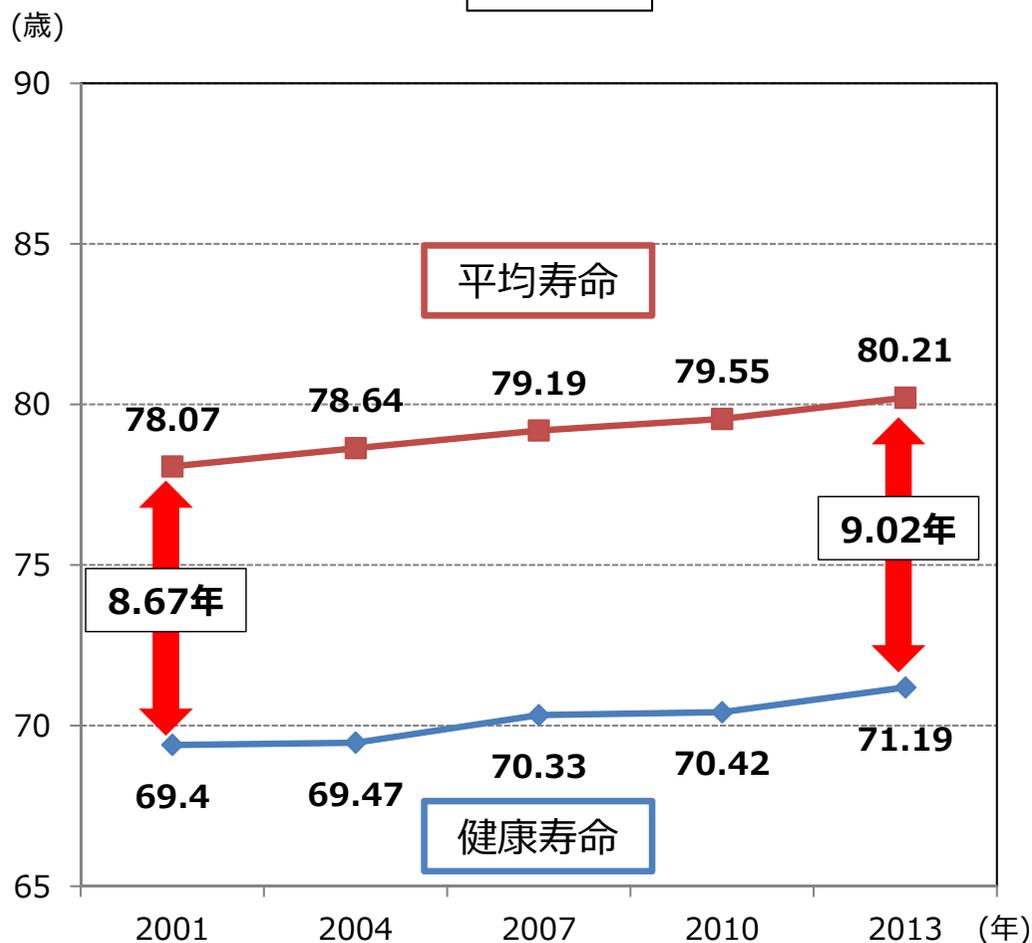
老後生活に対する不安の内容



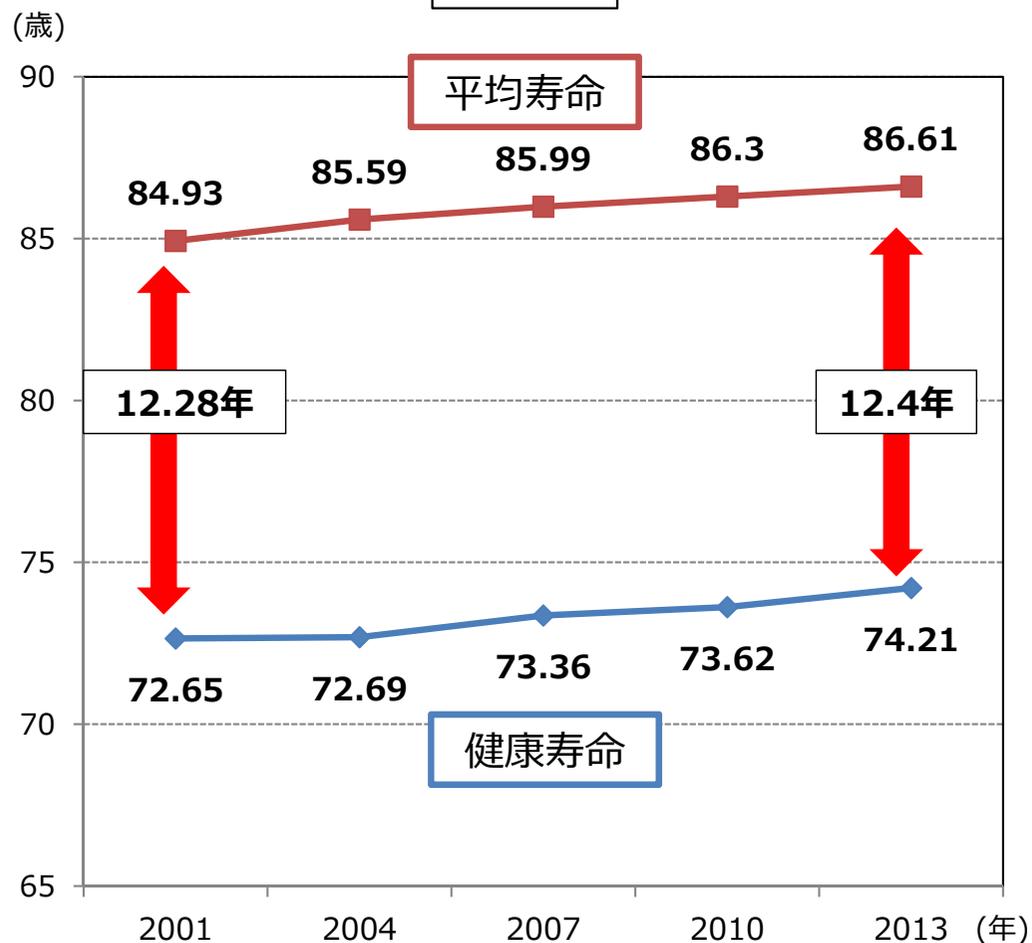
# 1-5-4-1 (健康状態①) 健康寿命と平均寿命の差

- 平均寿命・健康寿命の延伸の一方で、不健康な期間も拡大傾向にある。

男性



女性



## 1-5-4-2 (健康状態②) 認知症患者の増加

- 厚生労働省の推計では、認知症の推定患者は2040年にかけて2倍程度に。

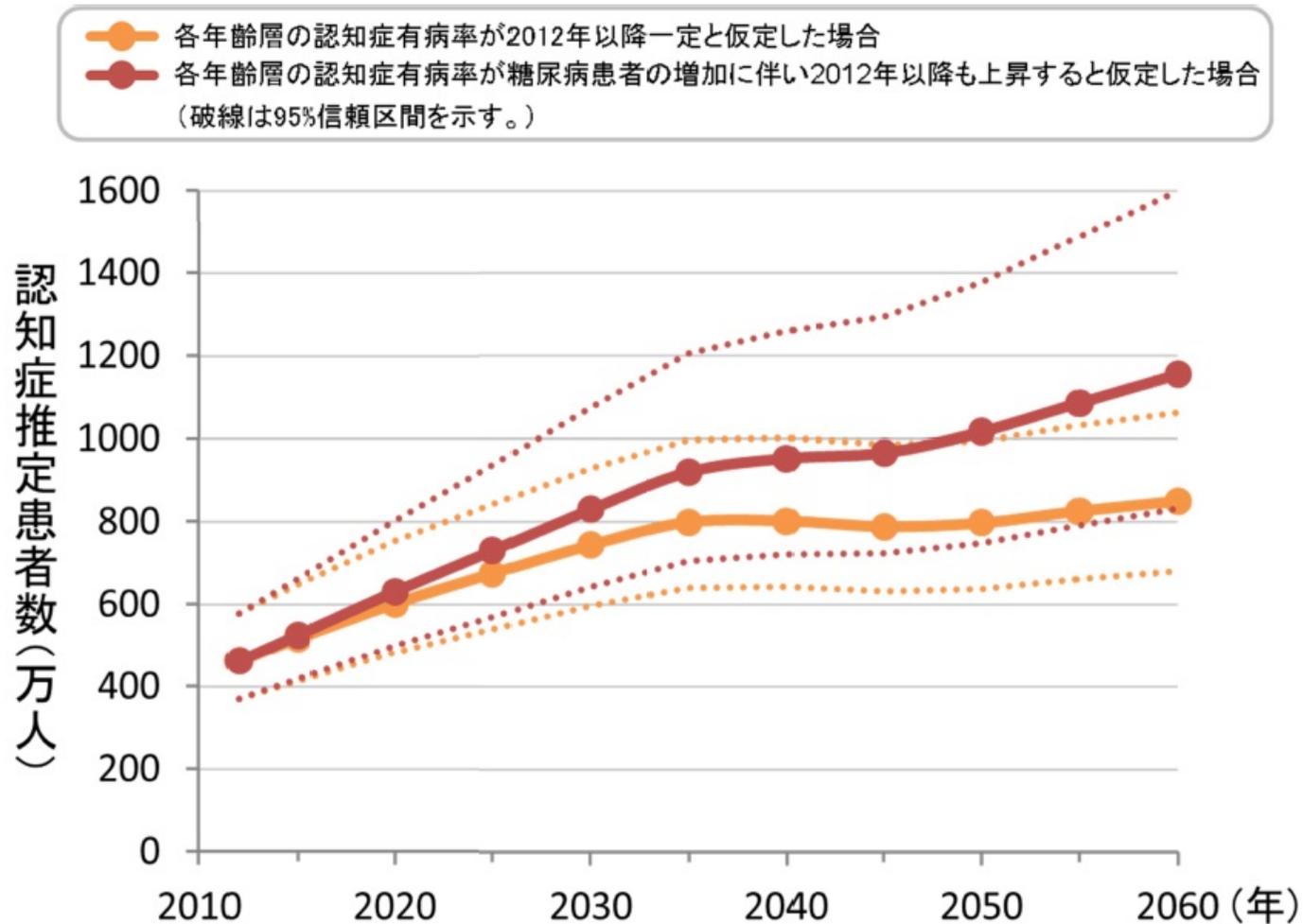
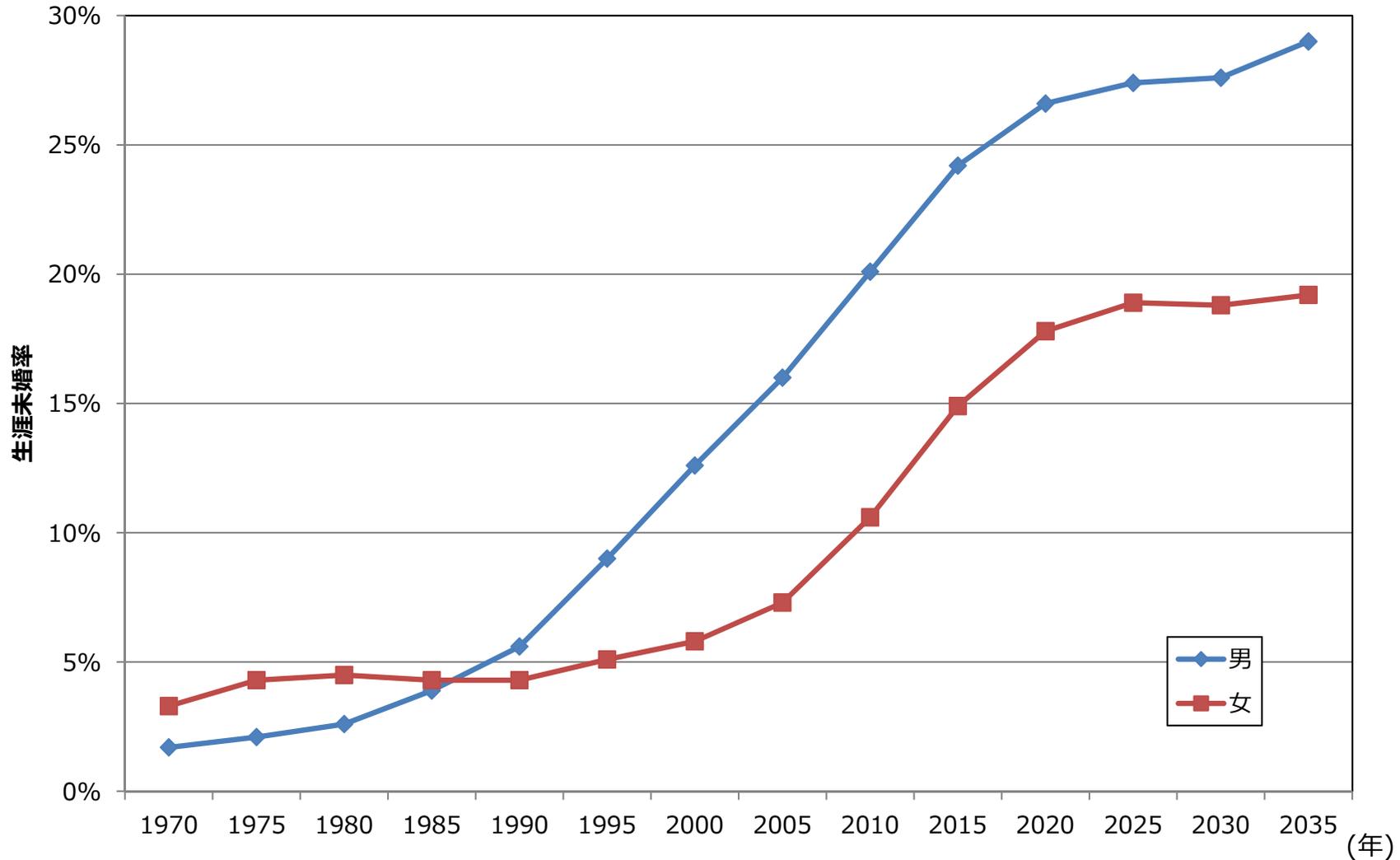


図2: わが国における認知症患者数の将来推計  
(厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正後)

# 1-5-5-1 (家族環境①) 生涯未婚率の増加

- 生涯未婚率は今後上昇していく見通し。その中で長期的にも単身世帯の拡大が見込まれる。

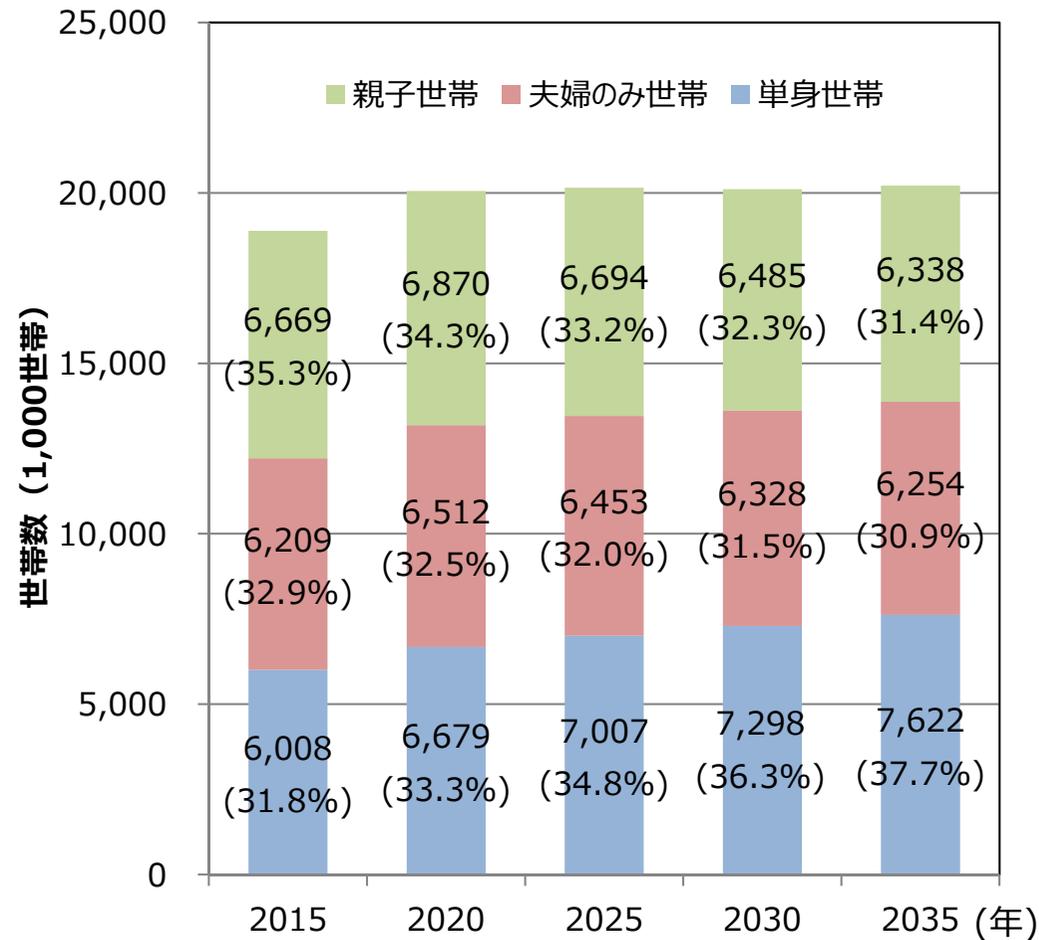


生涯未婚率：45～49歳と50～54歳の未婚率の単純平均により、50歳時点の未婚率を算出。  
生涯を通じて未婚である人の割合を示すものではない。

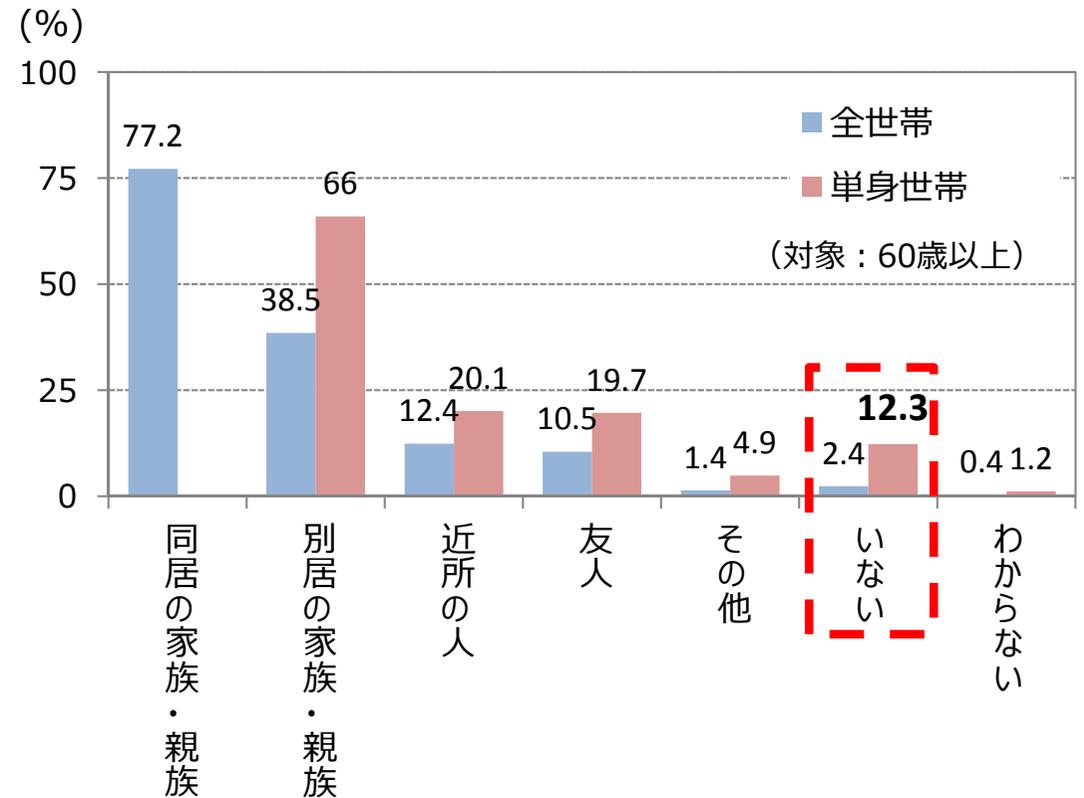
# 1-5-5-2 (家族環境②) 単身世帯、夫婦のみ世帯の増加

- 今後、単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことが見込まれ、生活の中で頼れる人がいない高齢者が拡大していく懸念。

65歳以上の世帯数



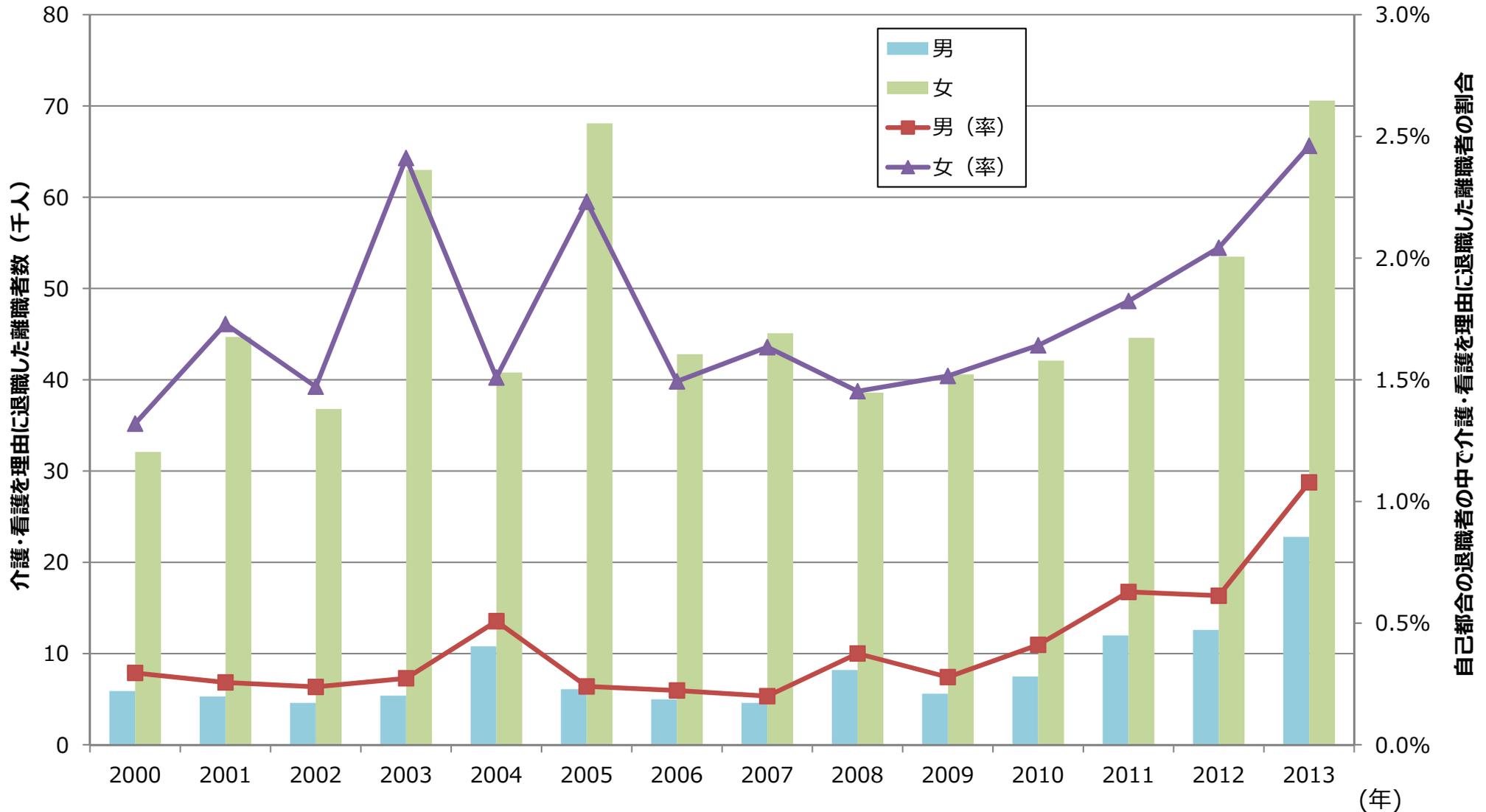
困ったときに頼れる人 (複数回答)



(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 (全国推計)」、  
内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」(平成23年)において、「あなたは、病気のとときや、一人ではできない日常生活に必要な作業 (電球の交換や庭の手入れなど) の手伝いなどについて頼れる人はいますか」の設問への回答結果 (複数回答) より経済産業省が作成

# 1-5-5-3 (家族環境③) 介護離職の拡大

- 介護離職者数は足下で拡大傾向。離職理由に占める割合も拡大傾向にある。



## 1-5-6 課題サマリー（将来の高齢者の経済的・社会的環境）

### （将来の高齢者の経済的・社会的環境）

- 足下で、貯蓄資産が1千万円以下の高齢者世帯は1万世帯当たり1,520世帯あり、貯蓄がない世帯も440世帯存在。収入面については、高齢者世帯の6割以上が年収300万円以下となっており、約6割が公的年金・恩給のみで生活。
- 74歳までの高齢者就業率は拡大傾向。他方、75歳以上就業率は10%以下で横ばいで推移。
- 生涯未婚率は今後上昇していく見通し。その中で長期的にも単身世帯の拡大が見込まれる。
- こうした高齢者の経済的・社会的環境の変化を踏まえ、それぞれが望む老後や介護サービスの確保を実現していくための方策を検討することが必要。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

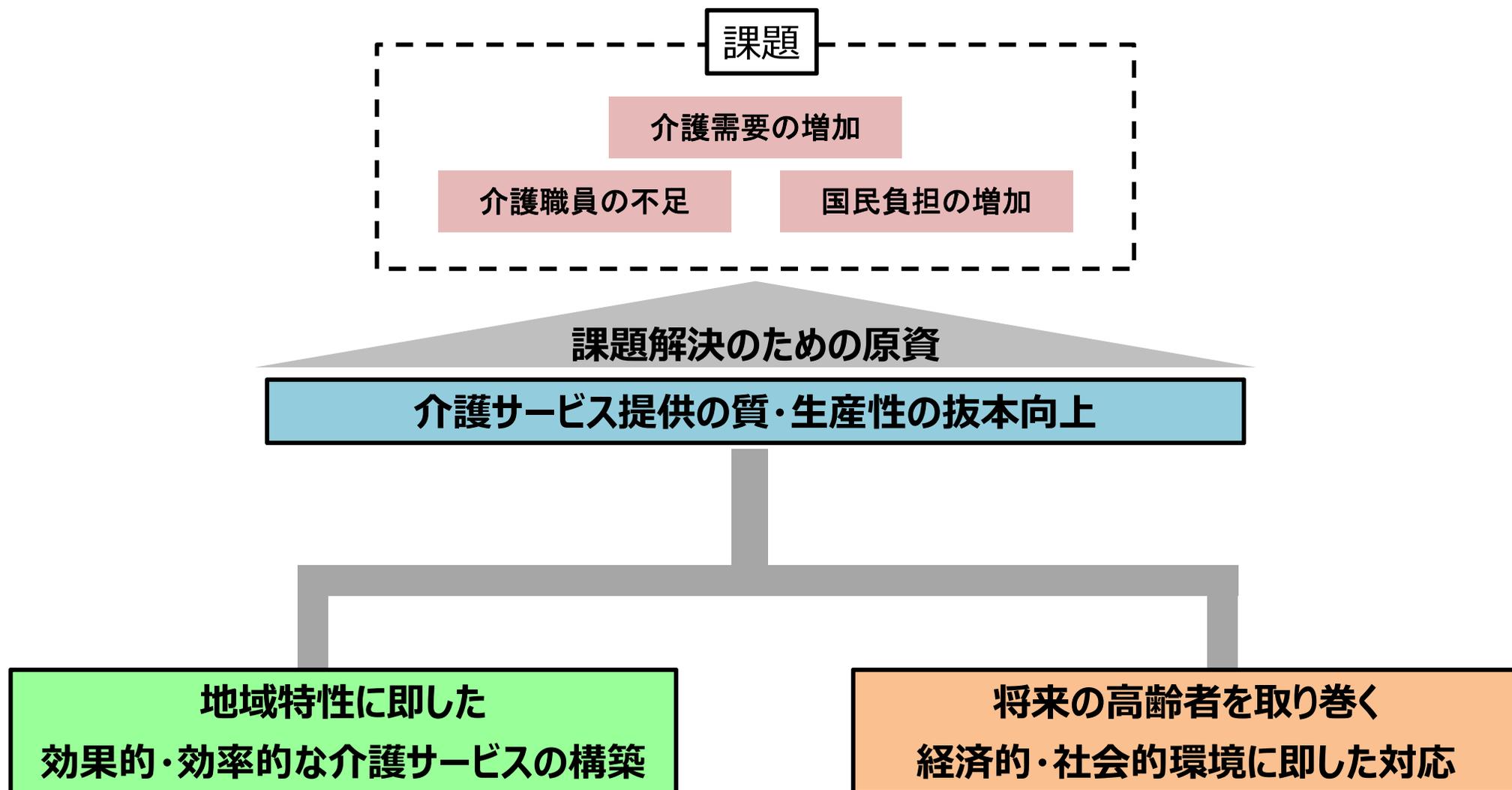
3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

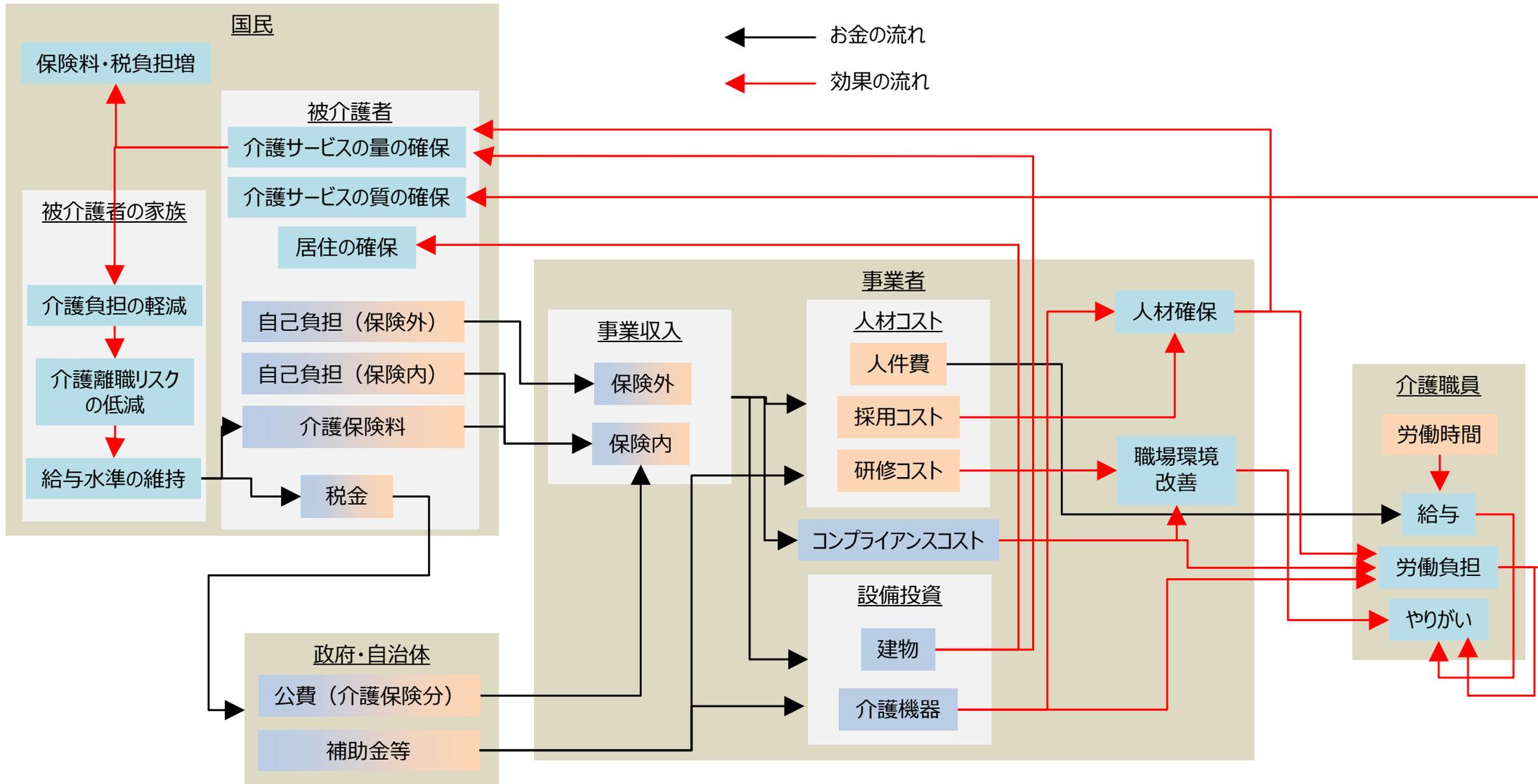
## 1-6-1 課題の整理と分析の方向性について

- ここまで整理をしてきた課題認識をもとに、下記3つの視座に沿って次章以降の分析を進める。

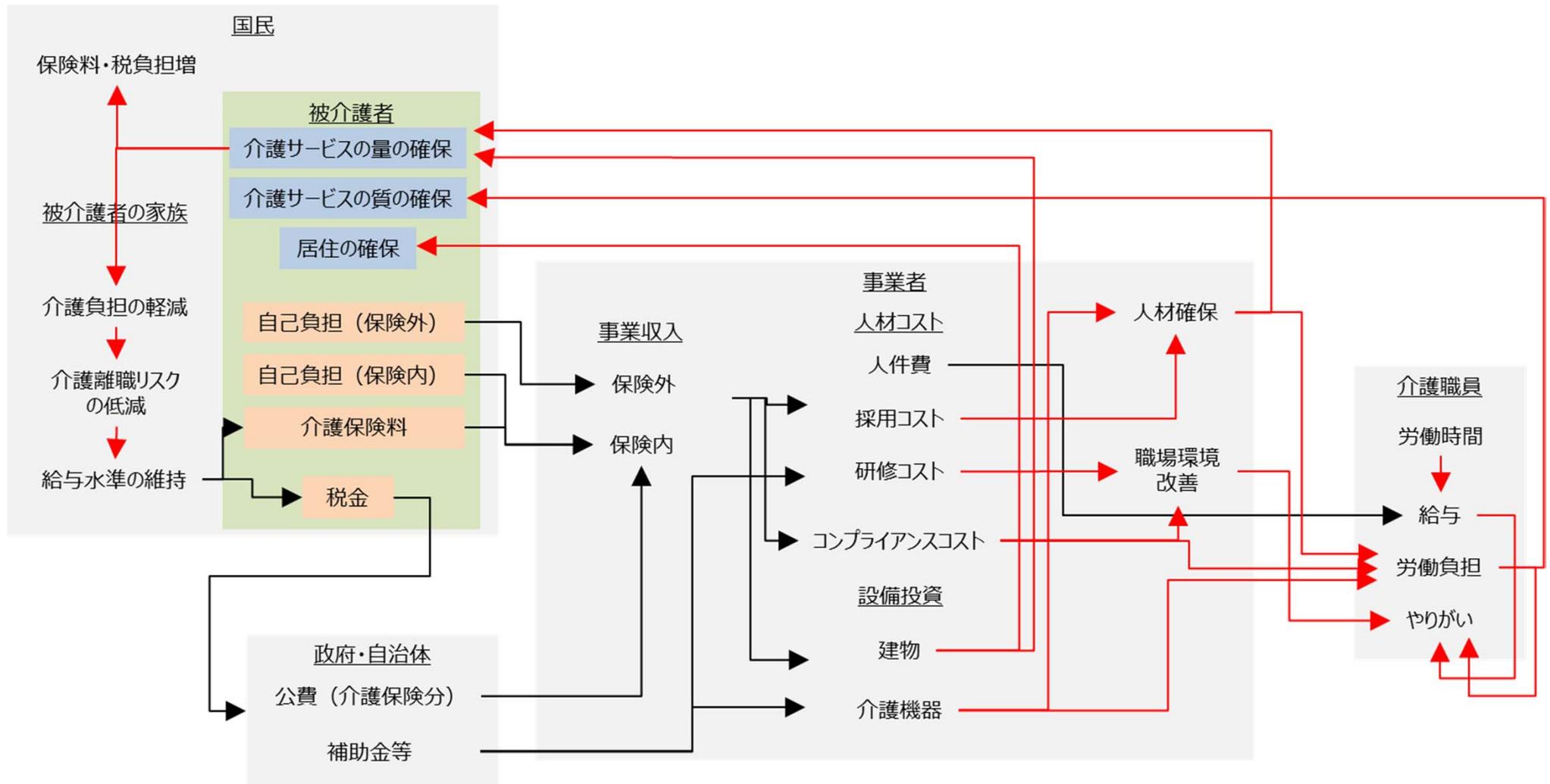
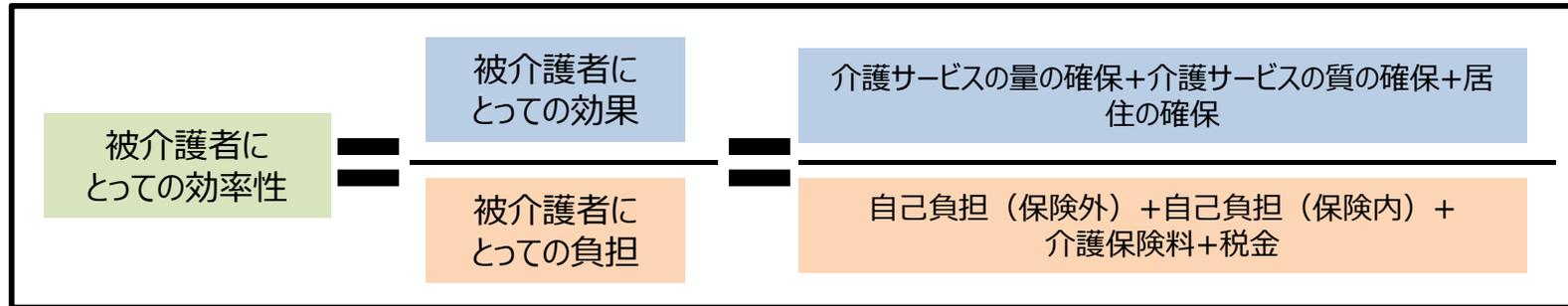


# 1-6-2-1 効果的かつ効率的な介護サービス提供の考え方について

- また、効果的かつ効率的な介護サービス提供を考える上で、どの主体にとって“効果的”であり、“効率的”であるのかを整理しながら議論をすることが必要。

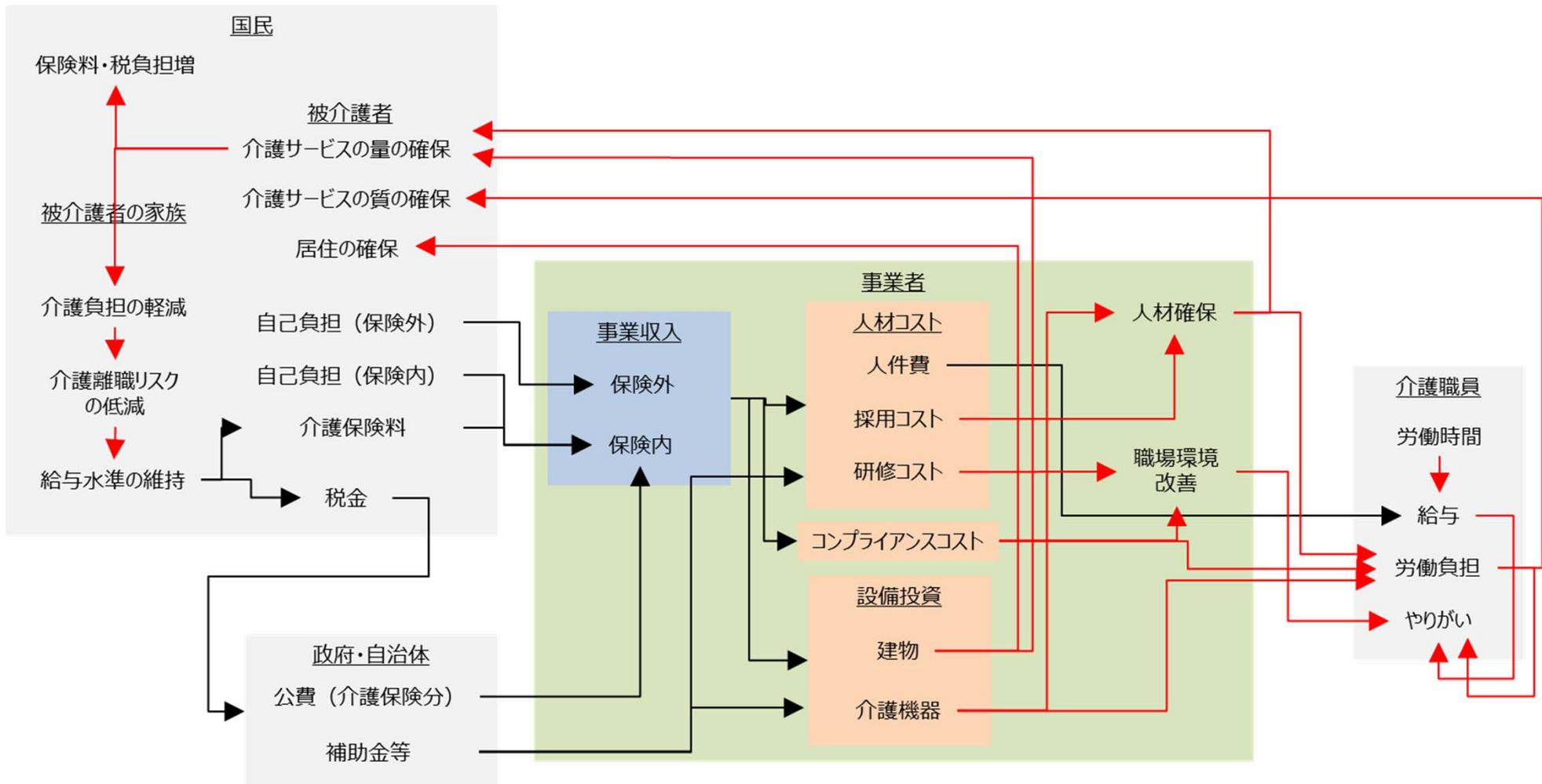
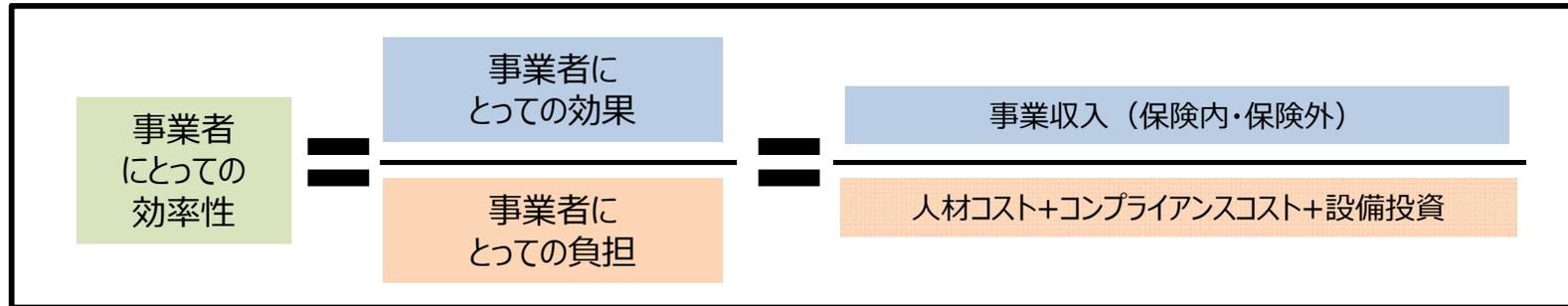


# 1-6-2-2 被介護者にとって効果的かつ効率的な介護サービス提供

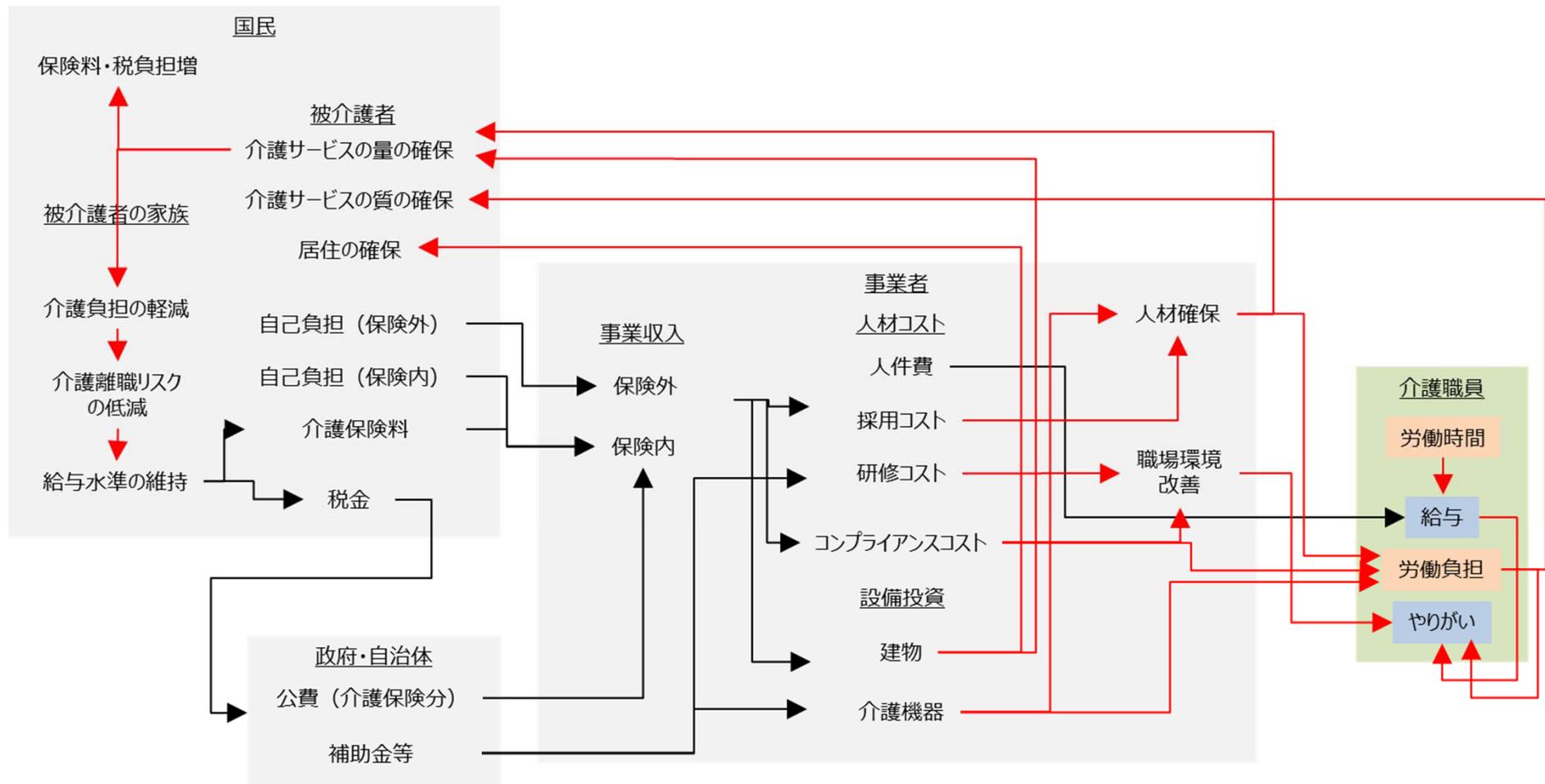
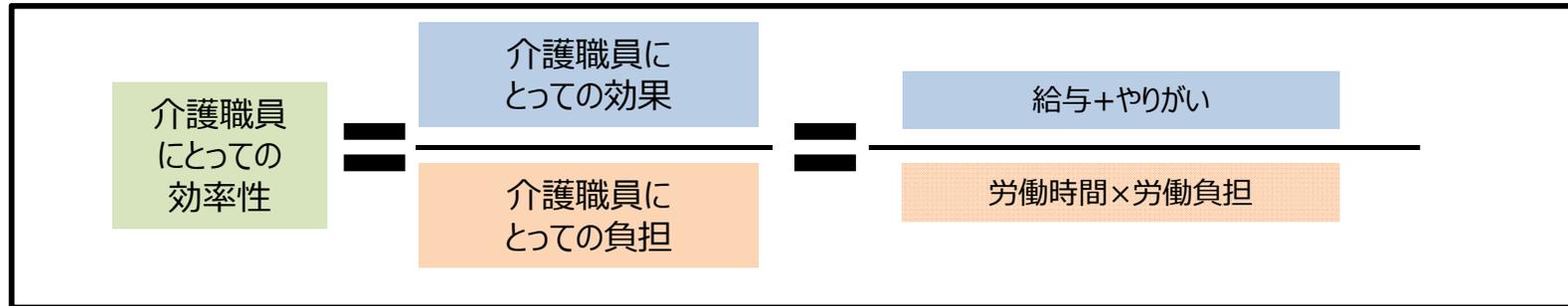




# 1-6-2-4 事業者にとって効果的かつ効率的な介護サービス提供



# 1-6-2-5 介護職員にとって効果的かつ効率的な介護サービス提供



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の逍遙
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-0 3つの視座の考え方について

- 3つの検討の方向性は相互に関連する。

### 介護サービス提供の質・生産性の抜本向上

質・生産性向上による原資を

- 介護職員の処遇改善
- 給付単価抑制による保険料・公費負担の軽減
- 生産性向上に向けた再投資

などに再分配する

### 地域特性に即した

### 効果的・効率的な介護サービスの構築

介護の需要密度、労働力人口など地域の特性に即した効果的・効率的な介護サービス基盤実現により、生産性向上や高齢者の住まい・サービス確保を実現

### 将来の高齢者を取り巻く

### 経済的・社会的環境に即した対応

高齢者が自ら望むライフ・スタイルを実現するため、  
・高齢期に向けた貯蓄・資産形成やリスク対応の恣憑  
・高齢者の本来的な権利行使や選択を支える機能構築  
などにより自助・互助の力を発揮する

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

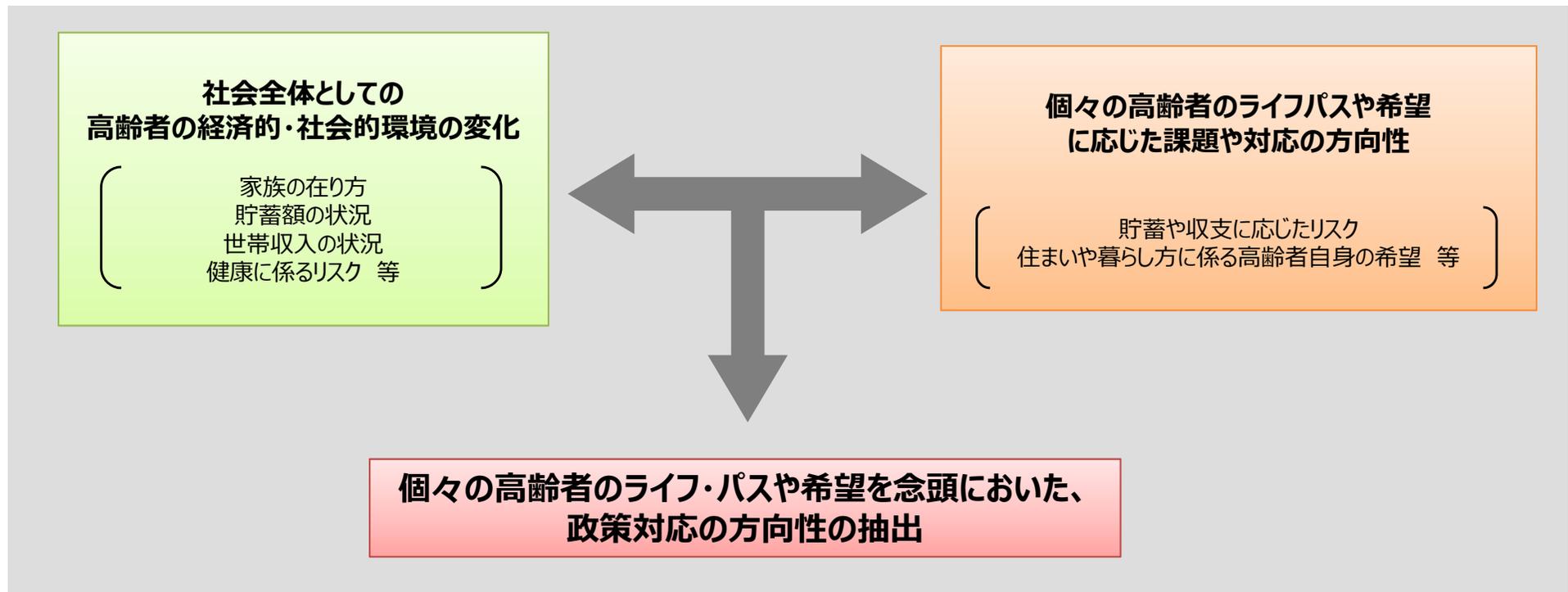
3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-0 将来の高齢者の経済的・社会的環境に即したサービスの分析の方向性

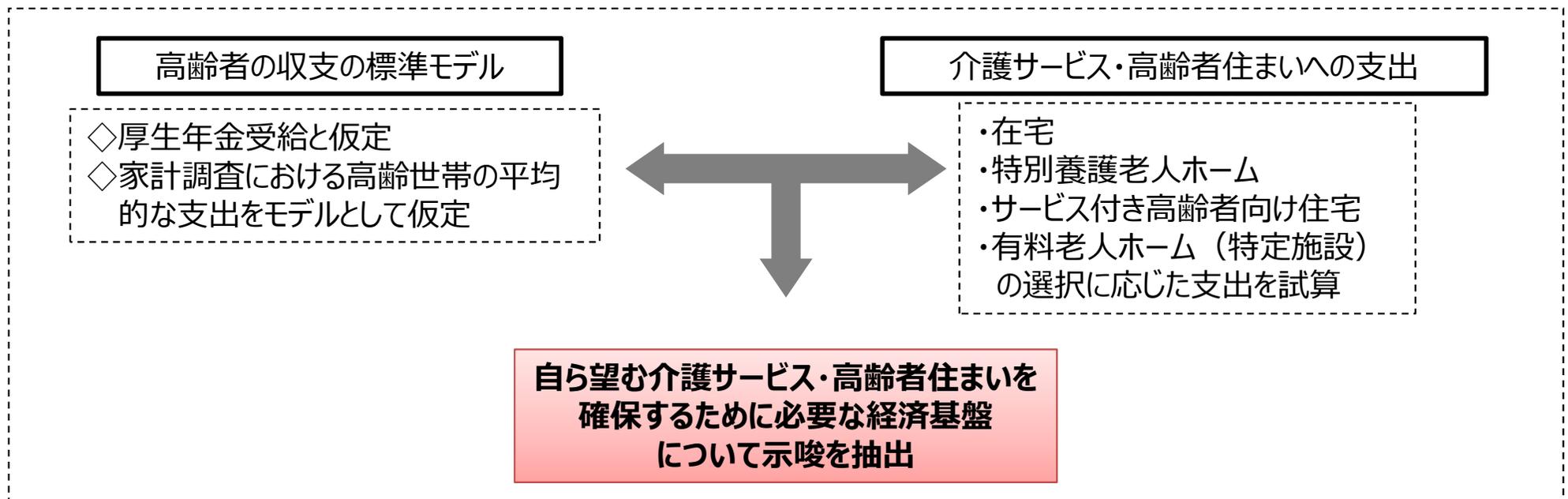
- 本項において、将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した効果的・効率的な介護サービスや住まいの在り方について、
  - ① 社会全体としての高齢者の経済的・社会的環境の変化の方向性（第一章において整理）
  - ② 個々の高齢者のライフ・パスや希望に応じた課題や対応の方向性の双方を分析し、照らし合わせながら課題及び示唆を抽出した。



## 2-1-1 個々のライフ・パスや希望に即したリスクや課題について

今後拡大が見込まれる単身世帯（男女）及び夫婦のみ世帯について、介護サービスの受給類型ごとに、中長期的な収入と支出の関係を整理することで、個々の高齢者を取り巻く環境や希望に応じた介護サービスや住まいを確保するために必要な“経済的基盤”について分析した。

- ◇生涯にわたって在宅で過ごす場合
- ◇要介護2まで在宅で過ごし、要介護3となつてからは特別養護老人ホームで過ごす場合
- ◇要介護状態となつてからはサービス付き高齢者向け住宅で過ごす場合
- ◇要介護状態となつてからは有料老人ホーム（特定施設）で過ごす場合



## 2-1-2-1 高齢者生活モデルの類型

- 具体的には、下記の組み合わせを掛け合わせ、65歳以上における収支状況を試算した。

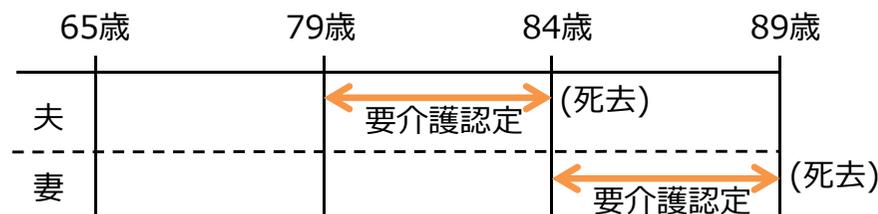
基本属性

	世帯属性	性別	65歳時点平均余命	要介護認定期間	要介護の変化	(参考) 65歳以上の平均貯蓄額 (万円)
①	単身	男	19年	5年 ※死去直前の5年間	要介護認定を受けた時点で要介護1以降、要介護度が毎年1つ上がり、要介護5に至る	1,502
②		女	24年			1,466
③	夫婦		夫：19年 妻：24年			2,147

介護サービスの受給類型

	介護サービスの受給スタイル
I	<要介護1～5> 自宅で訪問介護と通所介護を利用
II	<要介護1～2> 自宅で訪問介護と通所介護を利用 <要介護3～5> 特別養護老人ホームに入居
III	<要介護1～5> サービス付き高齢者向け住宅に入居*し、外部サービス（訪問介護と通所介護）を利用
IV	<要介護1～5> 有料老人ホームに入居*し、特定施設入居者生活介護を利用

65歳時点平均余命に男女で5年のずれがあり、かつ、要介護認定期間を男女ともに5年間とするため、  
③夫婦の場合、下図のとおり要介護認定期間にずれが発生する



\* 夫の生存期間は夫婦部屋を利用し、夫の死後は単身部屋を利用

## 2-1-2-2 試算の前提条件（要介護認定前）

- 要介護認定を受ける前の支出については、家計調査を基に下表の通り仮定した。

	収入 (万円/月)	要介護認定を受ける前の支出（万円/月）						
		食費	住居費	家具・家事 用品	被服及び 履物	医療費	光熱・水道	その他の 支出
① ② 男女単身 世帯	厚生年金のみの 受給と仮定して、 14.7万円/月の受給。	3.3	1.4	0.5	0.4	0.8	1.4	7.4
③ 夫婦世帯	厚生年金のみの 受給と仮定して、 20.2万円/月の受給。  夫の死別後、国民年金 (5.4万円/月)と 遺族年金(8.2万円/ 月) の受給。	6.0	1.6	0.9	0.7	1.5	2.1	13.7

## 2-1-2-3 試算の前提条件（要介護認定後）

	介護サービスの受給スタイルイメージ	要介護認定後の介護サービス受給者1人当たりの支出（月額）							
		食費	住居費	家具・家事用品	被服および履物	医療費	光熱・水道	入居一時金	公的介護サービス費
I	<p>1年目 2年目 3年目 4年目 5年目 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 ← 自宅 →</p> <p>訪問： 12回/月 16回/月 25回/月 33回/月 40回/月 通所： 9回/月 10回/月 11回/月 11回/月 11回/月</p>	要介護認定前と一緒					なし	要介護1：1.0万円 要介護2：1.3万円 要介護3：1.9万円 要介護4：2.2万円 要介護5：2.6万円	要介護認定前と一緒
II	<p>1年目 2年目 3年目 4年目 5年目 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 ← 自宅 → ← 特養に入居 →</p> <p>訪問： 12回/月 16回/月 通所： 9回/月 10回/月</p>	特養入居前は、要介護認定前と一緒					なし	要介護1：1.0万円 要介護2：1.3万円 要介護3：2.3万円 要介護4：2.5万円 要介護5：2.7万円	[特養入居前] 要介護認定前と一緒  [特養入居後] 8.5万円(単身) 14.7万円(夫婦)
III	<p>1年目 2年目 3年目 4年目 5年目 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 ← サービス付き高齢者向け住宅に入居 →</p> <p>訪問： 12回/月 16回/月 25回/月 33回/月 40回/月 通所： 9回/月 10回/月 11回/月 11回/月 11回/月</p>	4.3万円※	5.8万円※	なし	要介護認定前と一緒	0.2万円※	11.6万円	要介護1：1.0万円 要介護2：1.3万円 要介護3：1.9万円 要介護4：2.2万円 要介護5：2.6万円	11.0万円(単身) 18.9万円(夫婦)
IV	<p>1年目 2年目 3年目 4年目 5年目 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 ← 有料老人ホームに入居 特定施設入居者生活介護を受給 →</p>	5.0万円※	4.0万円※	なし	要介護認定前と一緒	0.7万円※	877.1万円	要介護1：1.6万円 要介護2：1.8万円 要介護3：2.0万円 要介護4：2.2万円 要介護5：2.4万円	14.0万円(単身) 23.5万円(夫婦)

※サ高住、有料老人ホームに夫婦部屋で入居した場合は、食費、住居費、光熱水費を1.5倍

## 2-1-2-4 試算の前提条件（「その他の支出」の考え方）

- 支出項目（食費、住居費等）の内訳は下記の通り。
- また、今回の試算に際しては「その他の支出」について下記の通り仮定を置いた。

家計調査上の分類	含まれる項目の例	支出(万円/月)	
		単身	夫婦
食料	米、パン、魚介類、肉類、野菜	3.3	6.0
住居	家賃、地代、修繕・維持費	1.4	1.6
家具・家事用品	家具、寝具、家事用消耗品	0.5	0.9
被服及び履物	洋服、下着、クリーニング代	0.4	0.7
保健医療	医薬品、保健医療サービス	0.8	1.5
光熱・水道	電気代、ガス代、上下水道料	1.4	2.1
交通・通信	鉄道運賃、自動車購入、電話通信料	1.3	2.6
教育	授業料、教材	0	0
教養娯楽	パソコン、旅行費、放送受信料	1.5	2.5
その他の消費支出	理美容代、こづかい、交際費	3.6	5.7
非消費支出	直接税、社会保険料	1.1	2.9

- 当試算においては、これらを合計し、「その他の支出」とした。

（単身）7.4万円※  
（夫婦）13.7万円※

※四捨五入の関係で、  
合計値は左表と一致しない

- 要介護状態になることで、下記のとおり、一部の要素の金額が変動すると考えられるが、支出の増減は、相殺されると仮定。

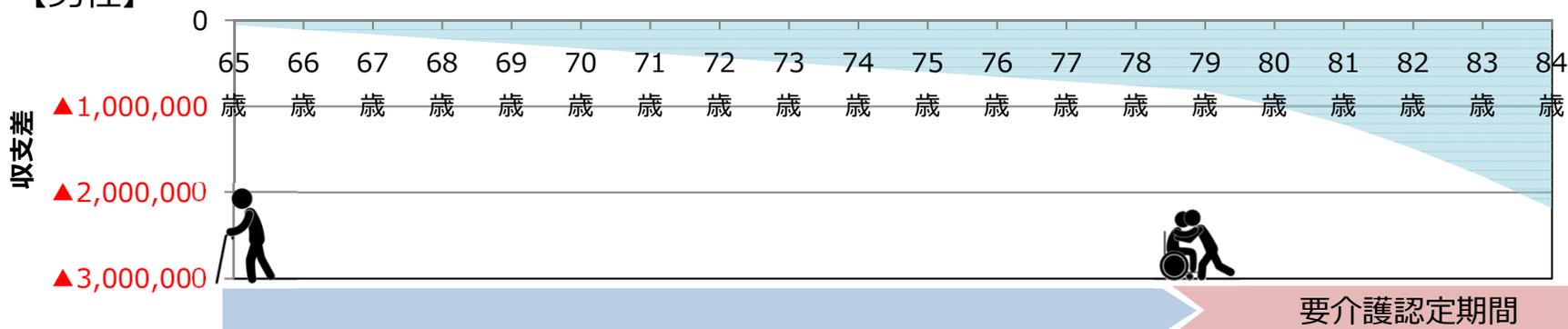
支出が増えると考えられる要素の例	おむつ代 介護保険外サービス利用費 等
支出が減ると考えられる要素の例	自動車購入 旅行費 交際費

# 2-1-3 高齢者生活モデル試算結果

## (単身×訪問・通所 (①、②×I) の場合)

- 単身世帯で、自宅での訪問・通所介護サービスのみを利用する場合は、男女ともに200万円以上の貯蓄・資産が必要。
- また、単身の場合、家族による日常的な介護が期待できないことから、要介護度が重度化するに伴い、公的介護サービスのみでは生活を継続できない可能性があることに留意する必要がある（介護サービスに対する追加的な出費が必要な可能性を考慮することが必要）。

【男性】



	65歳以上の平均貯蓄額 (万円)
男性単身	1,502
女性単身	1,466

収入	2,655万円	885万円
支出	2,737万円	1,022万円
累積収支差	▲82万円	▲219万円

【女性】



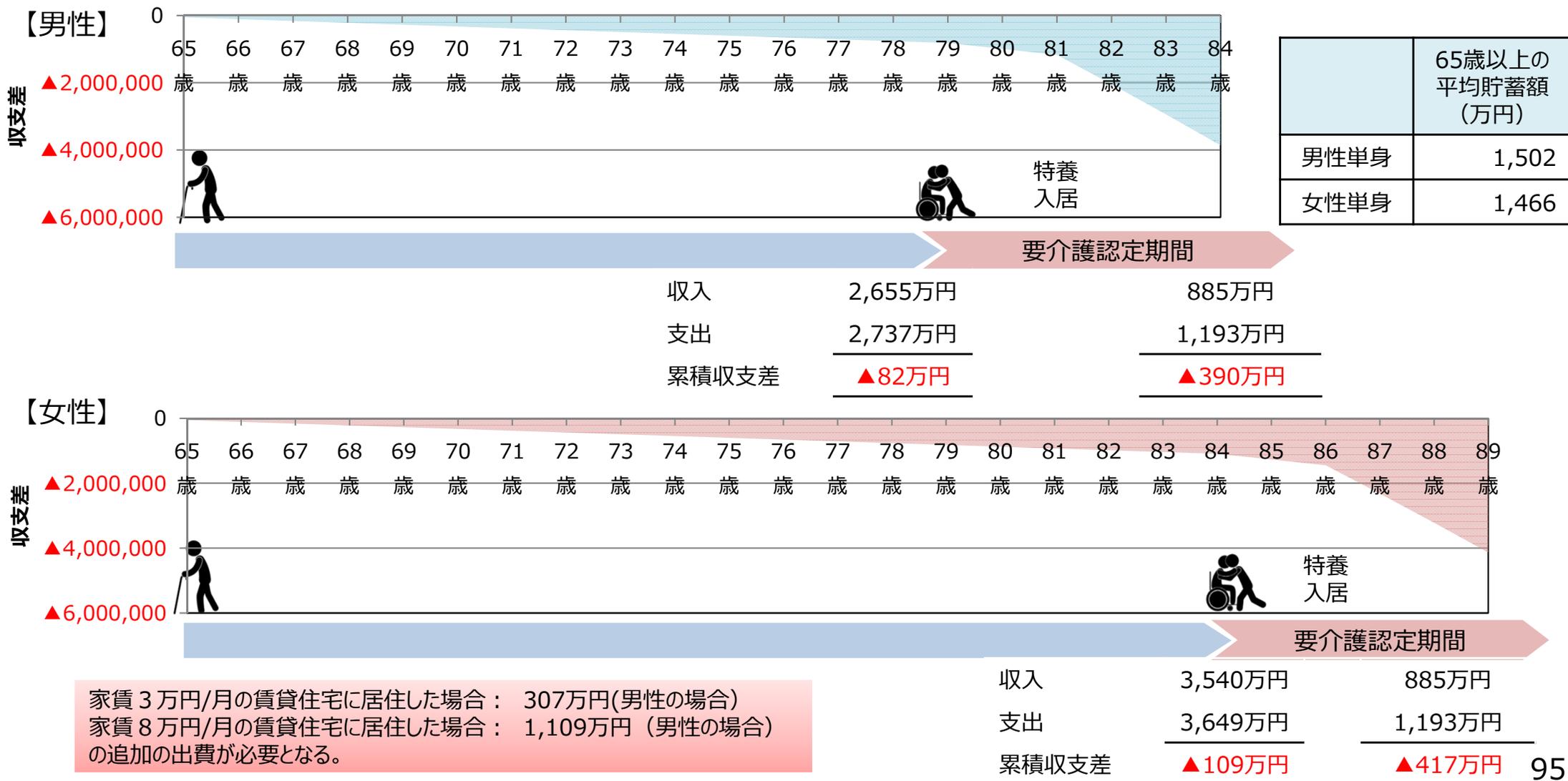
収入	3,540万円	885万円
支出	3,649万円	1,022万円
累積収支差	▲109万円	▲246万円

家賃3万円/月の賃貸住宅に居住した場合：365万円(男性の場合)  
 家賃8万円/月の賃貸住宅に居住した場合：1,505万円(男性の場合)  
 の追加の出費が必要となる。

# 2-1-4 高齢者生活モデル試算結果

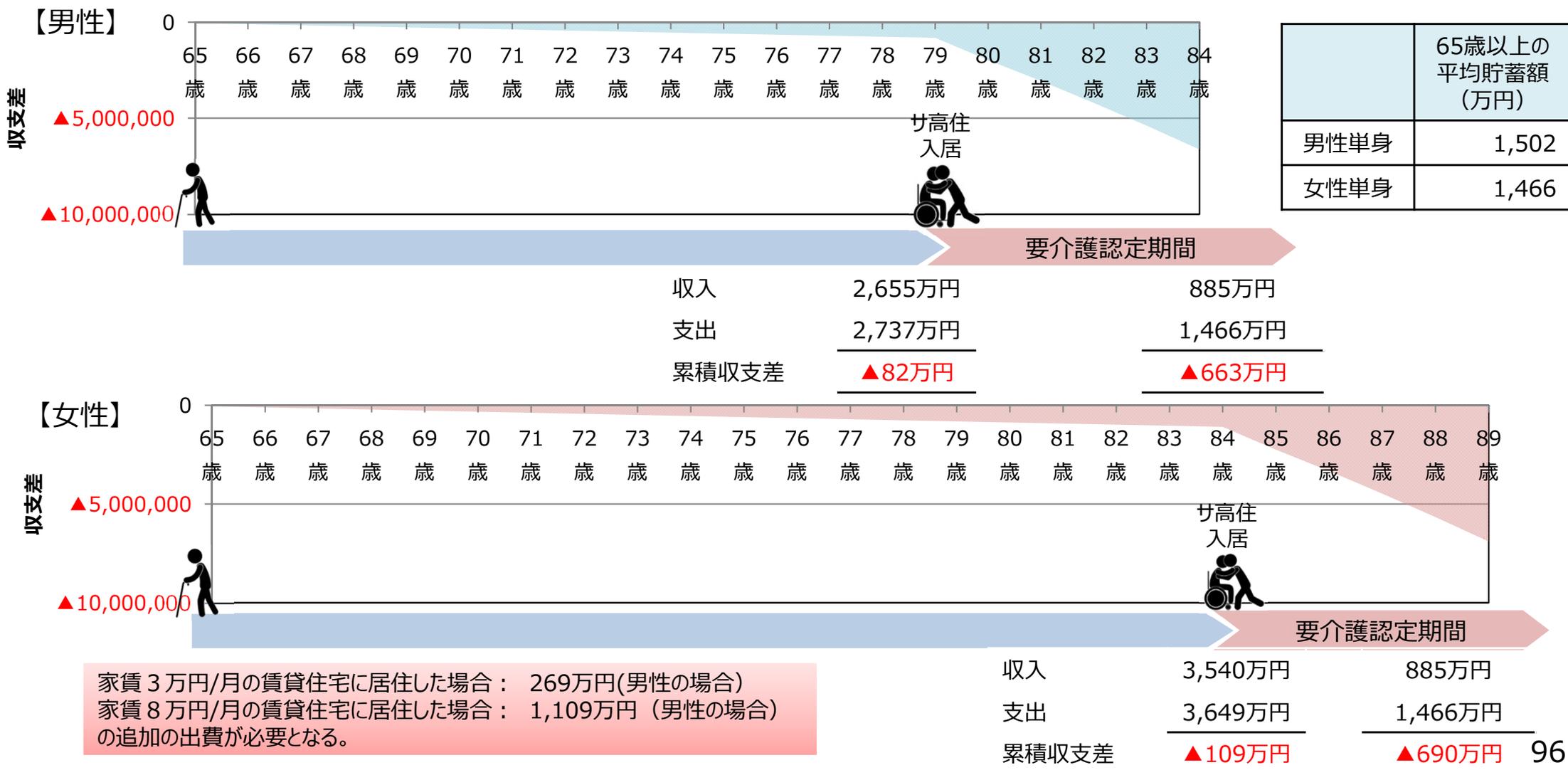
## (単身×訪問・通所+特養(①、②×Ⅱ)の場合)

- 単身世帯で、要介護1・2の段階では訪問介護と通所介護を利用し、要介護3以上で特養に入居する場合は、男女ともに400万円前後の貯蓄・資産が必要。
- 施設サービス供給が十分でない地域等においては、特養入居までの待機期間が長期化する可能性がある。



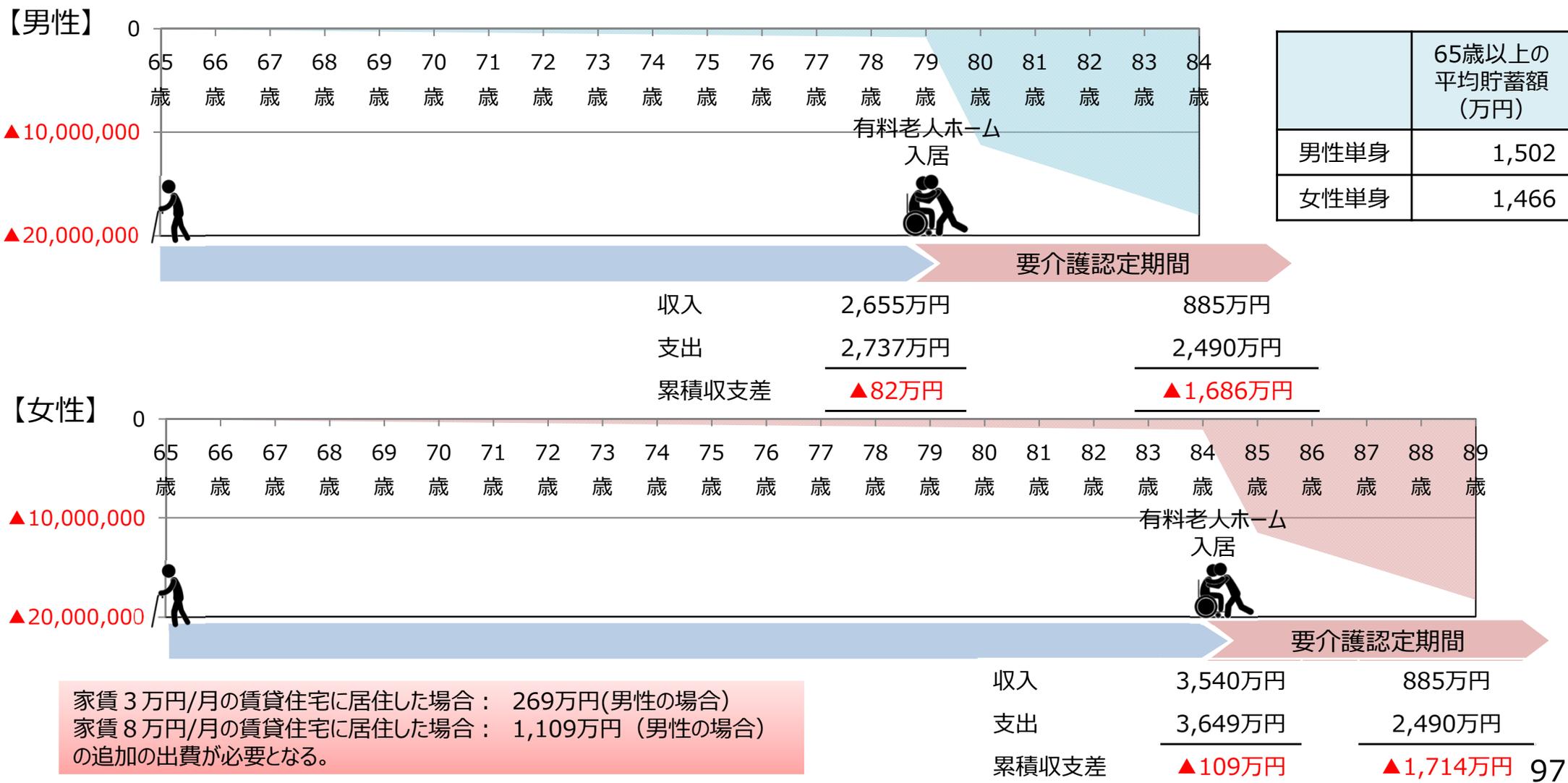
# 2-1-5 高齢者生活モデル試算結果 (単身×サ高住 (①、②)×Ⅲ) の場合)

- 単身世帯で要介護認定時にサービス付き高齢者向け住宅に入居する場合は、700万円近い貯蓄・資産が必要（要介護認定されるまでの住居の賃料、入居するサ高住の賃料・サービス料に応じて多寡は変動）。
- 要介護度が高くなった際に他施設への移り住みが必要となった場合、追加的な費用負担や、被介護者自身のQOLの低下につながる恐れがある。入居から看取りまで一貫したサービスを確保する観点が必要となる。



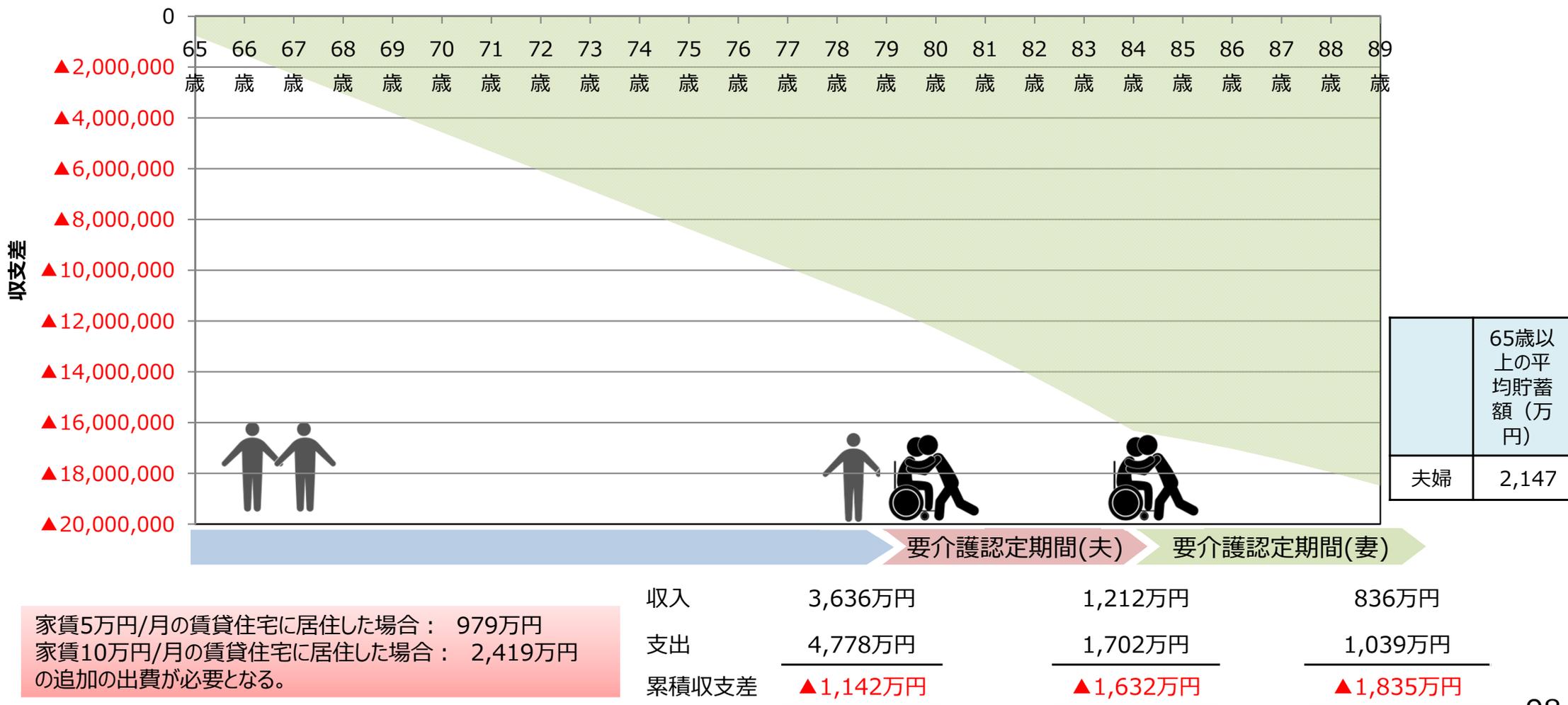
# 2-1-6 高齢者生活モデル試算結果 (単身×特定施設 (①、②)×Ⅳ) の場合)

- 単身世帯で要介護認定時に特定施設（有料老人ホーム）に入居する場合は1,700万円前後の貯蓄・資産が必要（要介護認定されるまでの住居の賃料、入居する有料老人ホームの賃料・サービス料に応じて多寡は変動）。特定施設（有料老人ホーム）入居を前提とした場合、65歳時点で十分な貯蓄・資産を形成しておく必要がある。
- 特定施設の場合、看取りまで含めた介護サービス提供が前提となるため、移り住みのリスクは相対的に小さいものと考えられる。



## 2-1-7 高齢者生活モデル試算結果 (夫婦×訪問・通所(③×Ⅰ)の場合)

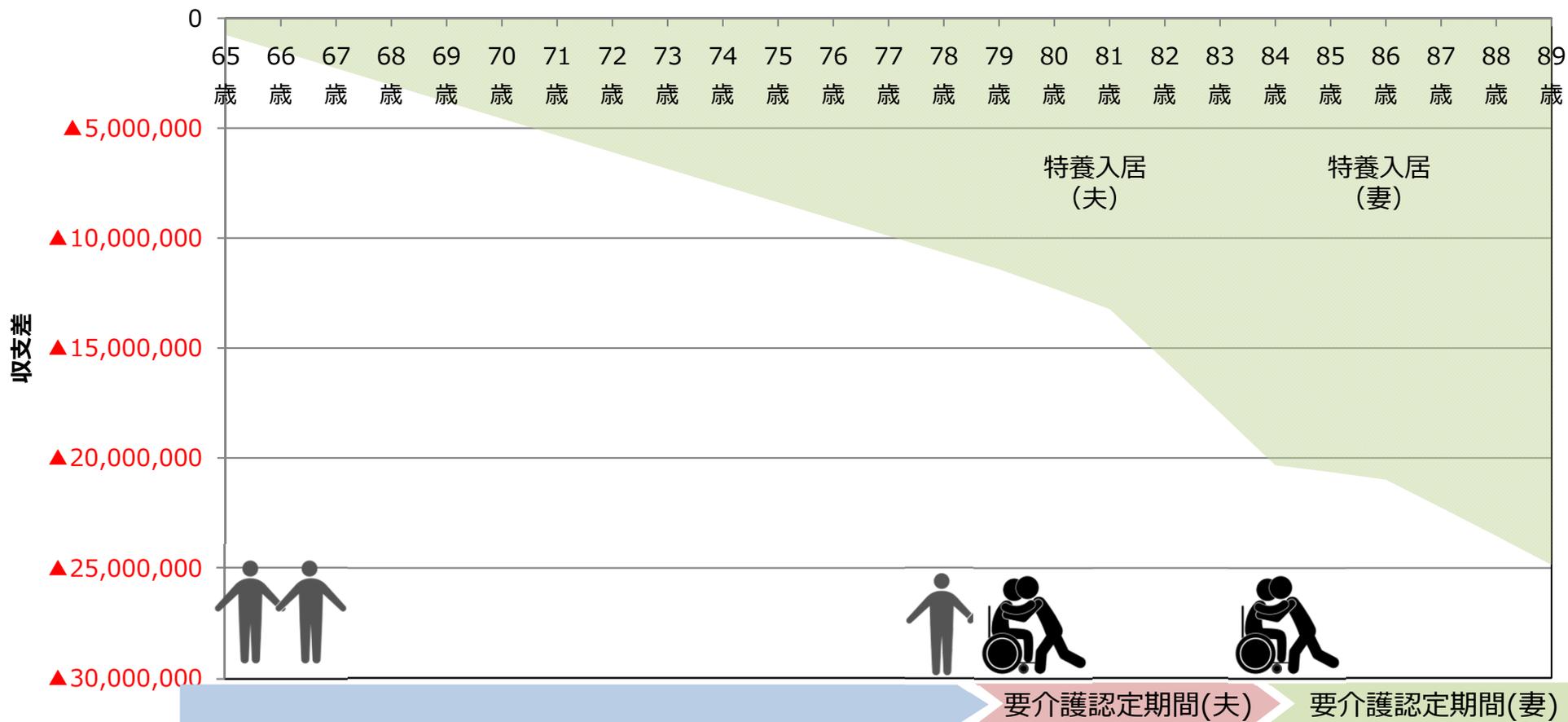
- 夫婦世帯で、自宅での訪問・通所サービスのみの利用を前提とした場合、夫婦合計で約1,850万円の貯蓄・資産が必要。65歳時点で、十分な貯蓄・資産を形成しておく必要がある。
- 夫婦世帯による介護においては、特にどちらかが要介護度が3以上となった場合などにおいて、公的介護サービスのみでは生活を継続できない可能性があることに留意する必要がある(介護サービスに対する追加的な出費が必要な可能性を考慮することが必要)。



# 2-1-8 高齢者生活モデル試算結果

## (夫婦×訪問・通所＋特養 (③×Ⅱ) の場合)

- 夫婦世帯で、要介護 1・2 の段階では訪問介護と通所介護を利用し、要介護 3 以上で特養に入居する場合は、2,500万円近くの貯蓄・資産が必要。65歳時点で、十分な貯蓄・資産を形成しておく必要がある。
- 施設サービス供給が十分でない地域等においては、特養入居までの待機期間が長期化する可能性がある。



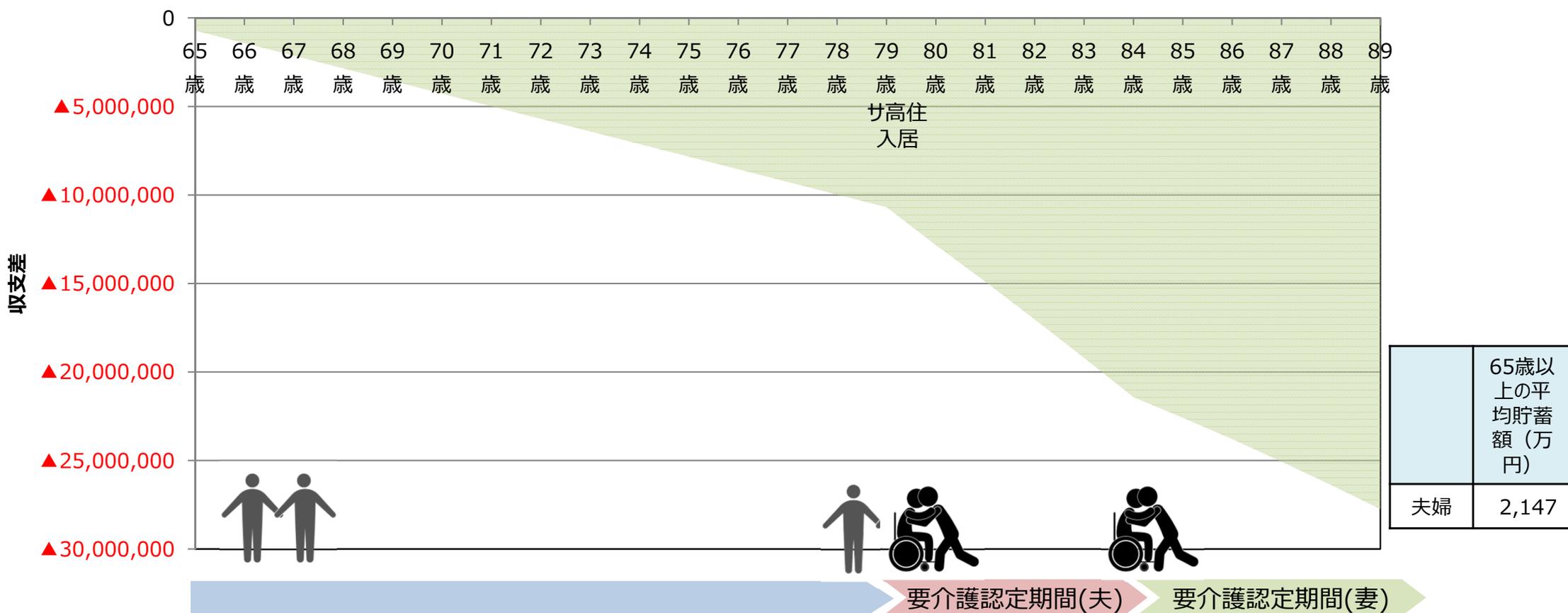
	65歳以上の平均貯蓄額(万円)
夫婦	2,147

家賃5万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 857万円  
 家賃10万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 2,117万円  
 の追加の出費が必要となる。

収入	3,636万円	1,212万円	836万円
支出	4,778万円	2,103万円	1,289万円
累積収支差	▲1,142万円	▲2,033万円	▲2,486万円

# 2-1-9 高齢者生活モデル試算結果 (夫婦×サ高住 (③×Ⅲ) の場合)

- 夫婦世帯で、要介護認定時にサービス付き高齢者向け住宅への入居を前提とした場合、約2,900万円の貯蓄・資産が必要。(要介護認定されるまでの住居の賃料、入居するサ高住の賃料・サービス料に応じて多寡は変動) 65歳時点で、十分な貯蓄・資産を形成しておく必要がある。
- 要介護度が重度化した際に他施設への移り住みが必要となった場合に被介護者自身の経済的負担の拡大、QOLの低下につながる恐れがある。入居から看取りまで一貫したサービスを確保する観点が必要となる。

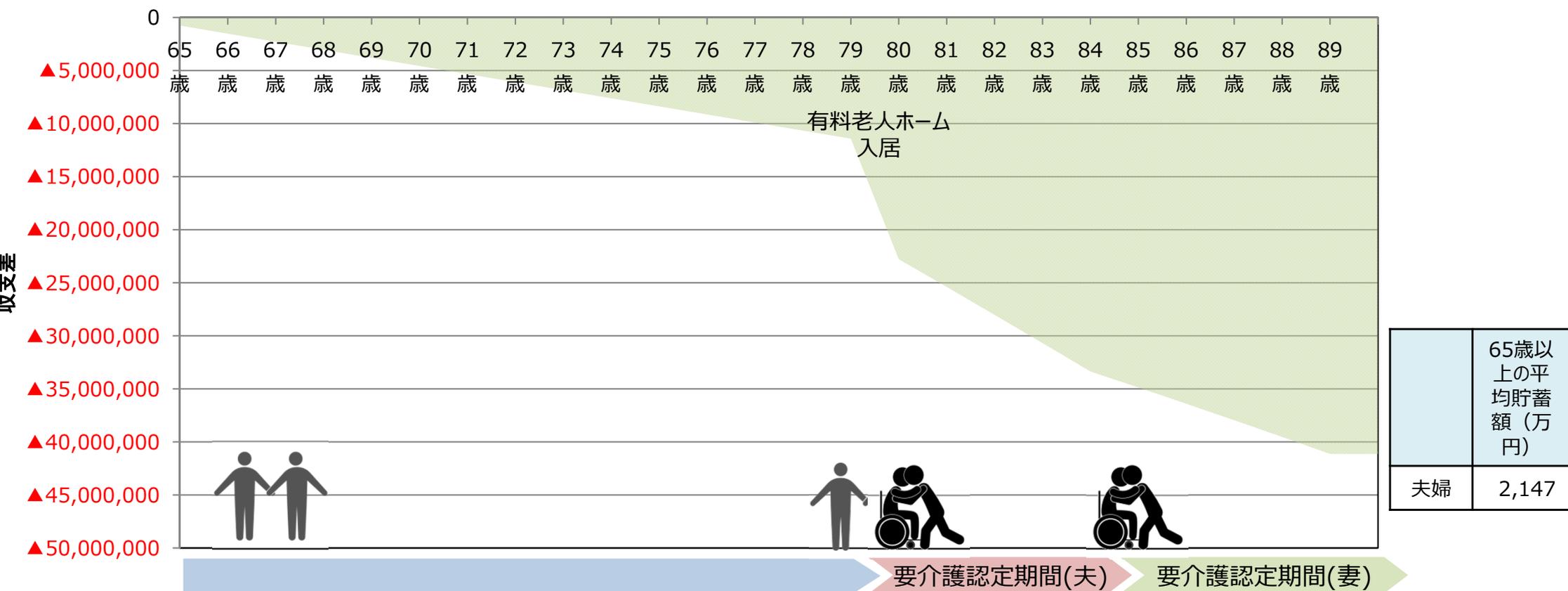


家賃5万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 571万円  
 家賃10万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 1,411万円  
 の追加の出費が必要となる。

収入	3,636万円	1,212万円	836万円
支出	4,778万円	2,315万円	1,454万円
累積収支差	▲1,142万円	▲2,245万円	▲2,864万円

# 2-1-10 高齢者生活モデル試算結果 (夫婦×特定施設 (③×Ⅳ) の場合)

- 夫婦世帯で、要介護認定時に特定施設（有料老人ホーム）への入居を前提とした場合、数千万円規模の貯蓄・資産が必要（入居金・月額に応じて、多寡は変動）。65歳時点で、十分にゆとりある貯蓄・資産を形成しておく必要がある。
- 特定施設の場合、看取りまで含めた介護サービス提供が前提となるため、移り住みのリスクは相対的に小さいものと考えられる。



家賃5万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 571万円  
 家賃10万円/月の賃貸住宅に居住した場合： 1,411万円  
 の追加の出費が必要となる。

収入	3,636万円	1,212万円	836万円
支出	4,778万円	3,407万円	1,613万円
累積収支差	▲1,142万円	▲3,337万円	▲4,113万円

## 2-1-11 個々の高齢者が直面するリスクについて

- ここまで家計調査に基づく標準的な収支や、平均寿命や平均的な要介護期間を前提とした場合における、介護サービス・住まいの選択に応じて標準的に必要となる貯蓄・資産について概観した。
- これら標準モデルに加えて、個々の高齢者の置かれている状況や環境に応じて、様々なリスクが存在する。

### 高齢者のライフ・パスと介護・住まいに係る選択とリスクイメージについて

現役世代（将来の高齢者）

貯蓄・資産の形成／住まいの選択

選択

訪問・通所介護

訪問・通所介護→特養

サービス付き高齢者向け住宅

有料老人ホーム

潜在的なリスク

長寿命リスク

独居リスク

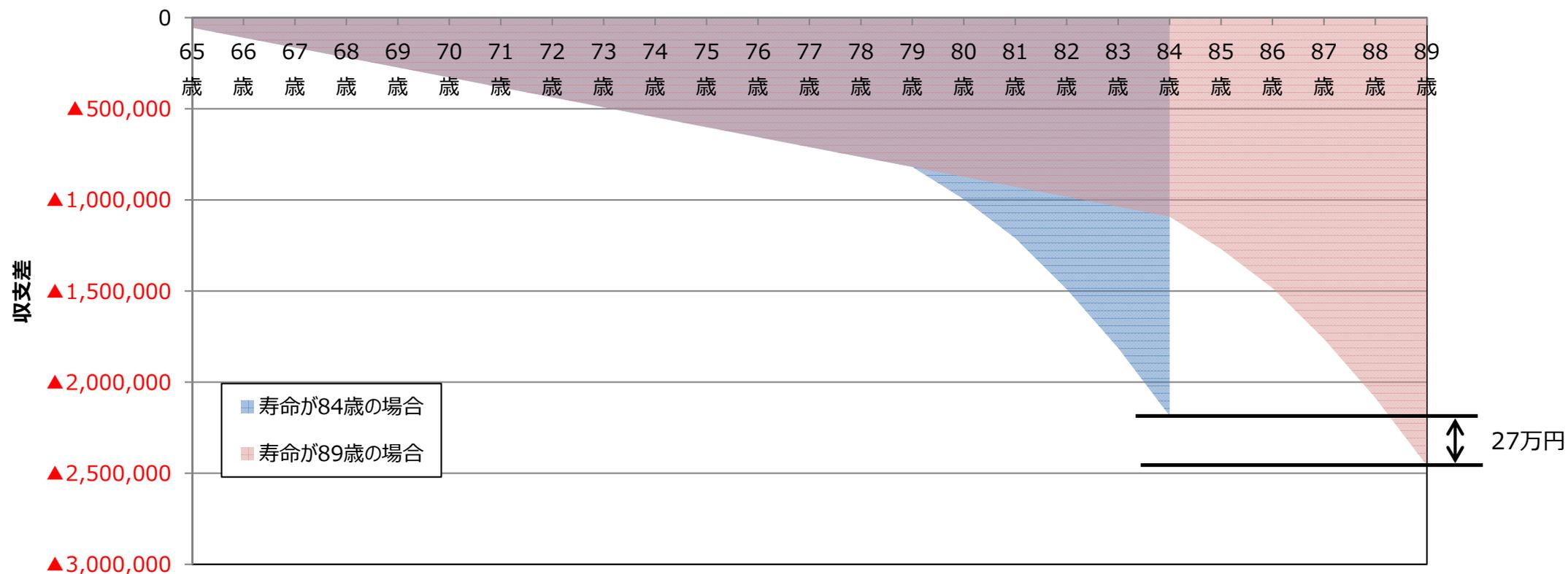
要介護度重度化リスク

特養待機リスク

## 2-1-12 長寿命化リスク

- 長寿命化により、生涯支出が増えるリスクが存在する。
- 男性単身で、訪問通所のみを利用した場合、5歳寿命が延びた場合、27万円程度生涯支出が増加する。
- 長寿化に伴うリスクに備えた貯蓄・資産形成の観点も重要となる。

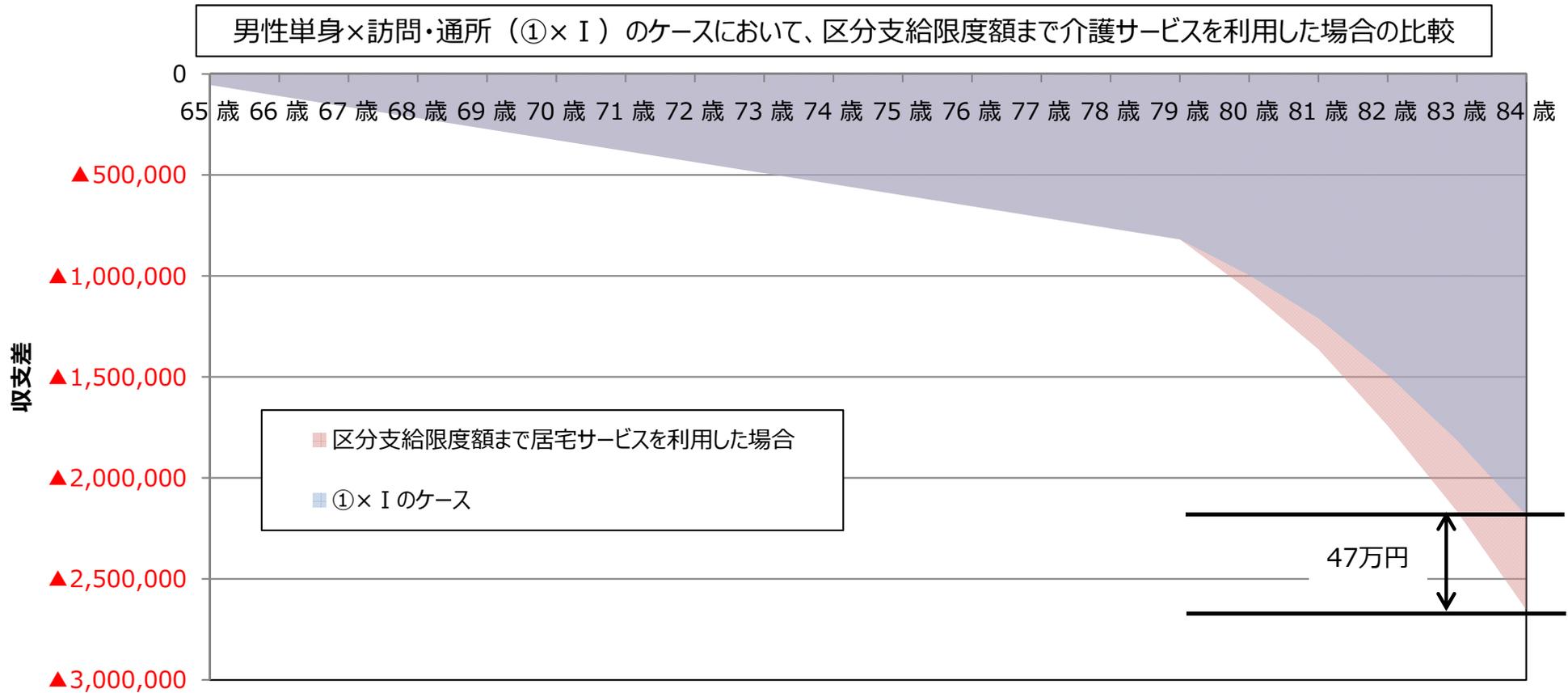
男性単身×訪問・通所（①×Ⅰ）のケースにおける、寿命が84歳と89歳での収支差の比較



	寿命が84歳の 場合	寿命が89歳の 場合
収入	3,540万円	4,425万円
支出	3,759万円	4,671万円
累積収支差	▲219万円	▲246万円

## 2-1-13 独居リスク

- 単身世帯においては、家族による介護が期待できない可能性があり、訪問・通所サービス利用（在宅を基本としたサービス利用）の場合に、区分支給限度額以上に介護サービスを利用することで、自己負担が大きくなる。
- 男性単身で、区分支給限度額まで介護サービスを利用した場合、47万円ほどの生涯支出が増加する可能性がある。



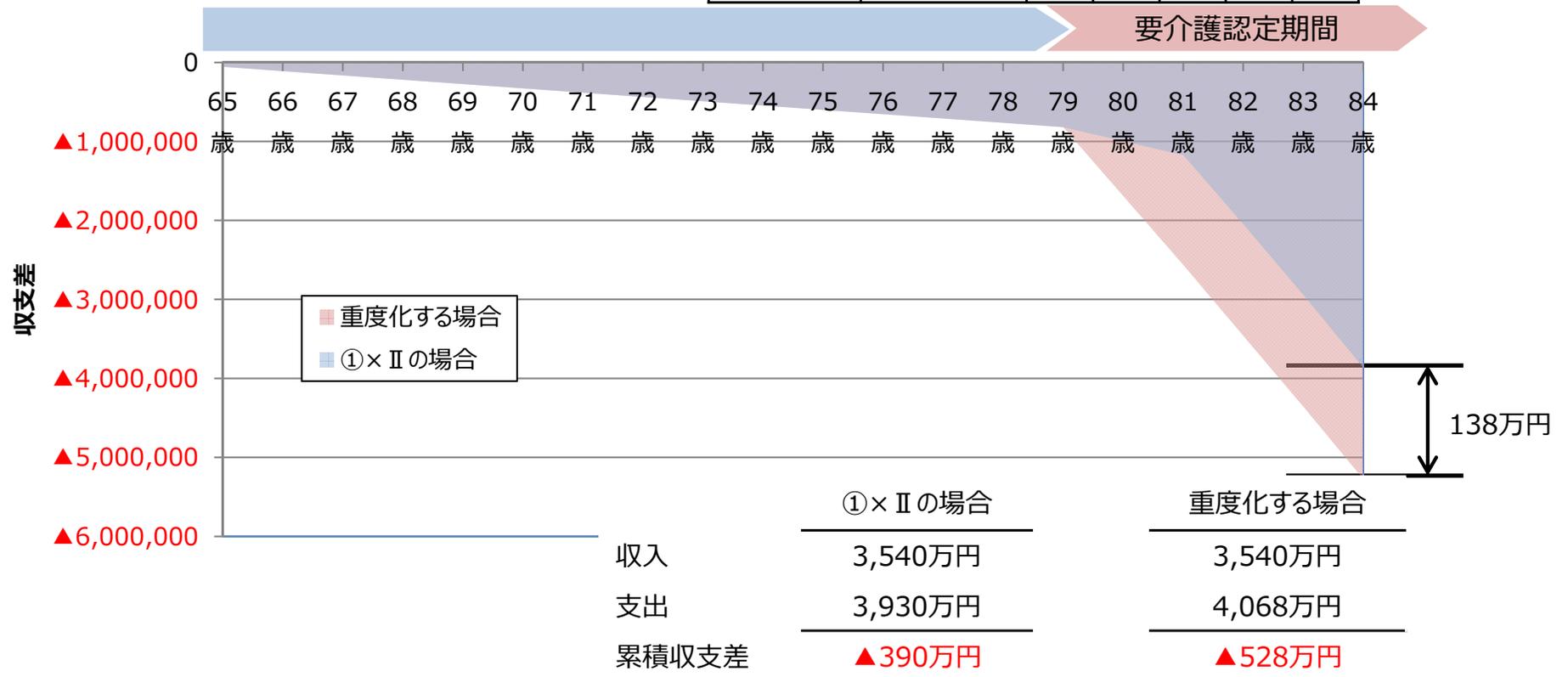
	①×Iの場合	区分支給限度額まで居宅介護サービスを利用した場合
収入	3,540万円	3,540万円
支出	3,759万円	3,806万円
累積収支差	▲219万円	▲265万円

## 2-1-14 要介護度重度化リスク

- 要介護度が重度化することにより、必要な費用が増加するリスクが存在する。
- 男性単身で特養に入居するケースにおいて、要介護度が重度化することで、138万円ほどの生涯支出が増加する可能性。
- 重介護・重症化リスクを織り込んだ貯蓄・資産形成の観点、あるいは要介護度を維持・改善していく方向での介護(予防)サービス受給者及び介護サービス提供者の努力といった観点が重要となる。

男性単身×特養(①×Ⅱのケース)と要介護認定を受けたときに要介護3で認定された場合

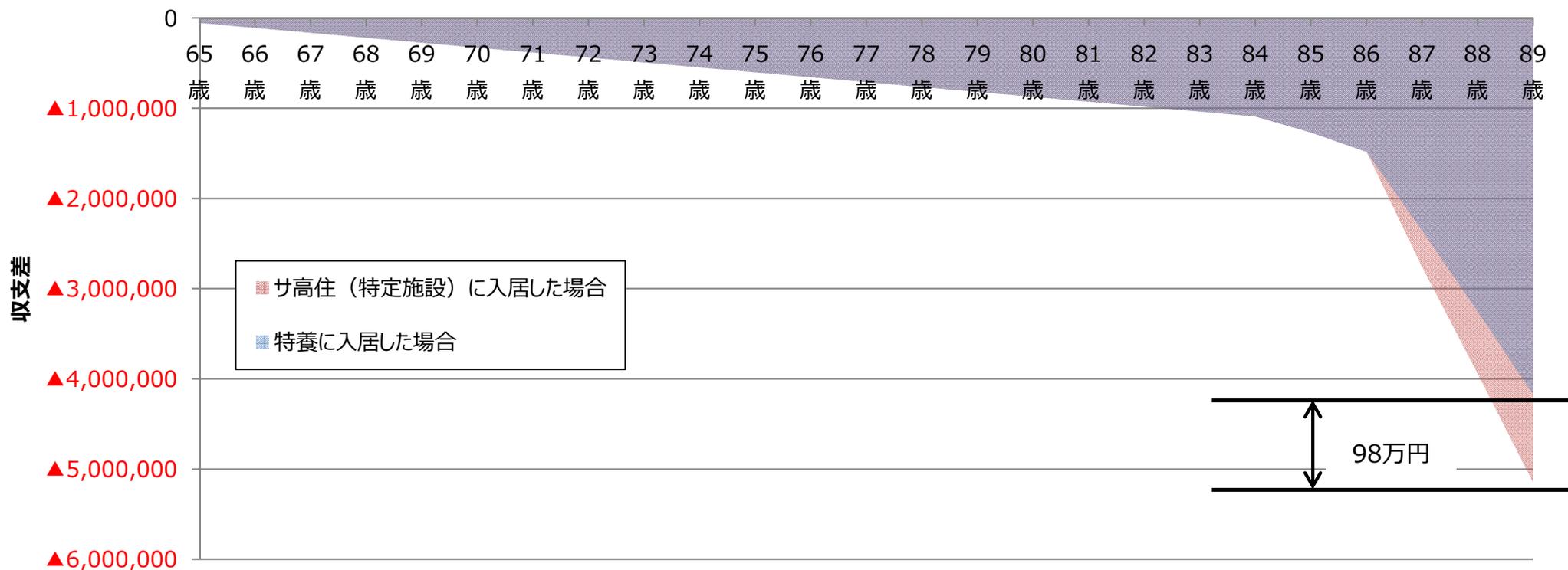
重度化する 場合		特養				
	要介護度	3	3	4	4	5
①×Ⅱの 場合		居宅		特養		
	要介護度	1	2	3	4	5



## 2-1-15 特養待機リスク

- 特養に入居できずに、サ高住（特定施設）に入居した場合に、必要な費用が増加するリスクがある。
- 女性単身のケースの場合、特養に入居できずにサ高住（特定施設）に入居した場合には、98万円ほど生涯支出が増加する。
- 特養待機リスクを織り込んだ貯蓄・資産形成の観点、あるいは施設サービスの供給に関する地域特性等を織り込んだ住まいに関する判断が重要となる。

女性単身で特養入居とサ高住入居の収支差の違い



	特養に入居した場合	サ高住に入居した場合
収入	4,425万円	4,425万円
支出	4,843万円	4,940万円
累積収支差	▲417万円	▲515万円

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の逍遙
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

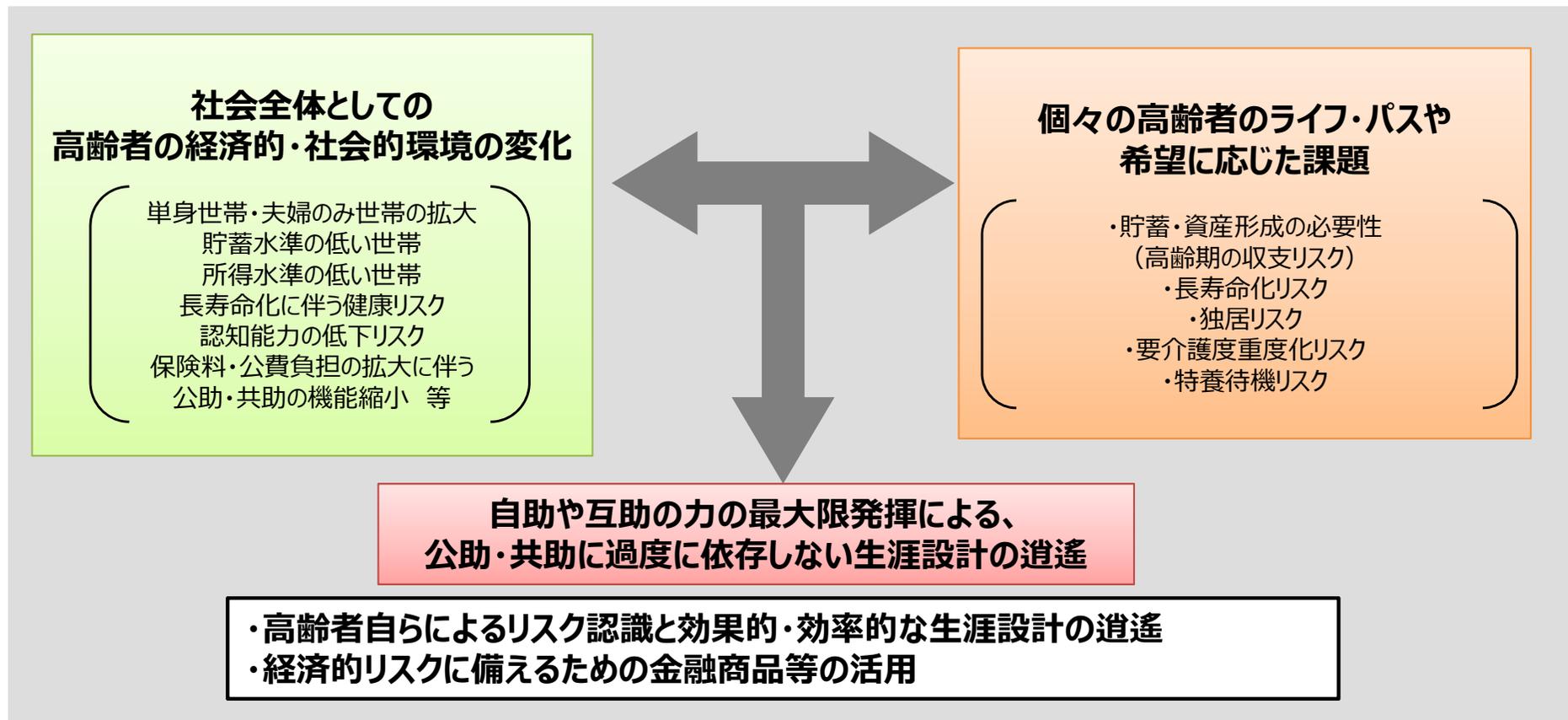
3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 2-1-16 将来の高齢者の経済的・社会的環境に即した対応の方向性について

- ここまで概観してきた、
  - ① 社会全体としての高齢者の経済的・社会的環境の変化の方向性
  - ② 個々の高齢者のライフ・パスや希望に応じた課題や対応の方向性の双方から、下記の対策の方向性を抽出した。



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の逍遙
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-1-17 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計

- 今後、高齢者の介護サービス・住まいに関して様々なリスクや課題が見込まれる中で、自助や互助の力を最大限に引き出していくためには、高齢者自身が生涯にわたる社会的な環境（家族環境、地域特性、公的介護保険サービスの見通し等）に関する見通しを持ちつつ、経済的な課題に対する備えを構築していくことが不可欠。
- こうした観点から、例えば各企業における将来の高齢者（40歳以上の第二号被保険者等）に対する初任者研修の実施による介護に係る理解の醸成や、高齢者の本来的な権利の行使や効果的・効率的な選択を支えるコーディネート機能の構築等が必要ではないか。

### ＜対応の方向性①＞ 高齢者自身による 効果的・効率的な生涯設計の慫慂

- ・介護保険制度に関する認識醸成
- ・住まいや金融資産に関する認識醸成
- ・地域特性に関する認識醸成
- ・将来直面する可能性のあるリスクの認識醸成

高齢者自身の自助・互助の力の発揮による  
必要なサービスの確保

### ＜対応の方向性②＞ 高齢者の本来的な権利の行使や 選択を支える機能の構築

- ・医療／介護サービスの受給
- ・住まいの選択
- ・資産管理
- ・健康・予防
- ・行政手続き
- ・生活支援
- ・コミュニティとの関わり

高齢者の権利行使や選択を支える機能の構築

## 2-1-18 効果的・効率的な生涯設計の慫慂

- 例えば若年時（～40歳）、第二号被保険者時(40～64歳時)、高齢期（65歳以上）のそれぞれにおいて、介護保険制度や、自ら直面する可能性のあるリスクについて認識を醸成する機会を設けることが重要になるのではないか。

～39歳

・資産形成やリスク対応に関する基礎的な素養の涵養

40～64歳（第二号被保険者）

・祖父母・両親等の介護に備えた知識習得  
 ・自らの老後生活プランづくりと、必要となる生活資金の準備

65歳以上（第一号被保険者）

・自らの介護に備えた知識習得  
 ・自らが描いた老後の生活プランの具現化

**（対応の方向性）**

**企業を中心としたサポート**

・企業単位等による初任者研修（もしくはそれに準じるもの）の開催により、介護・介護保険制度についての基本的な知識を習得  
 ・教育課程や企業内における老後生活プラン・資産形成を考える機会の提供

**（対応の方向性）**

**自治体を中心としたサポート**

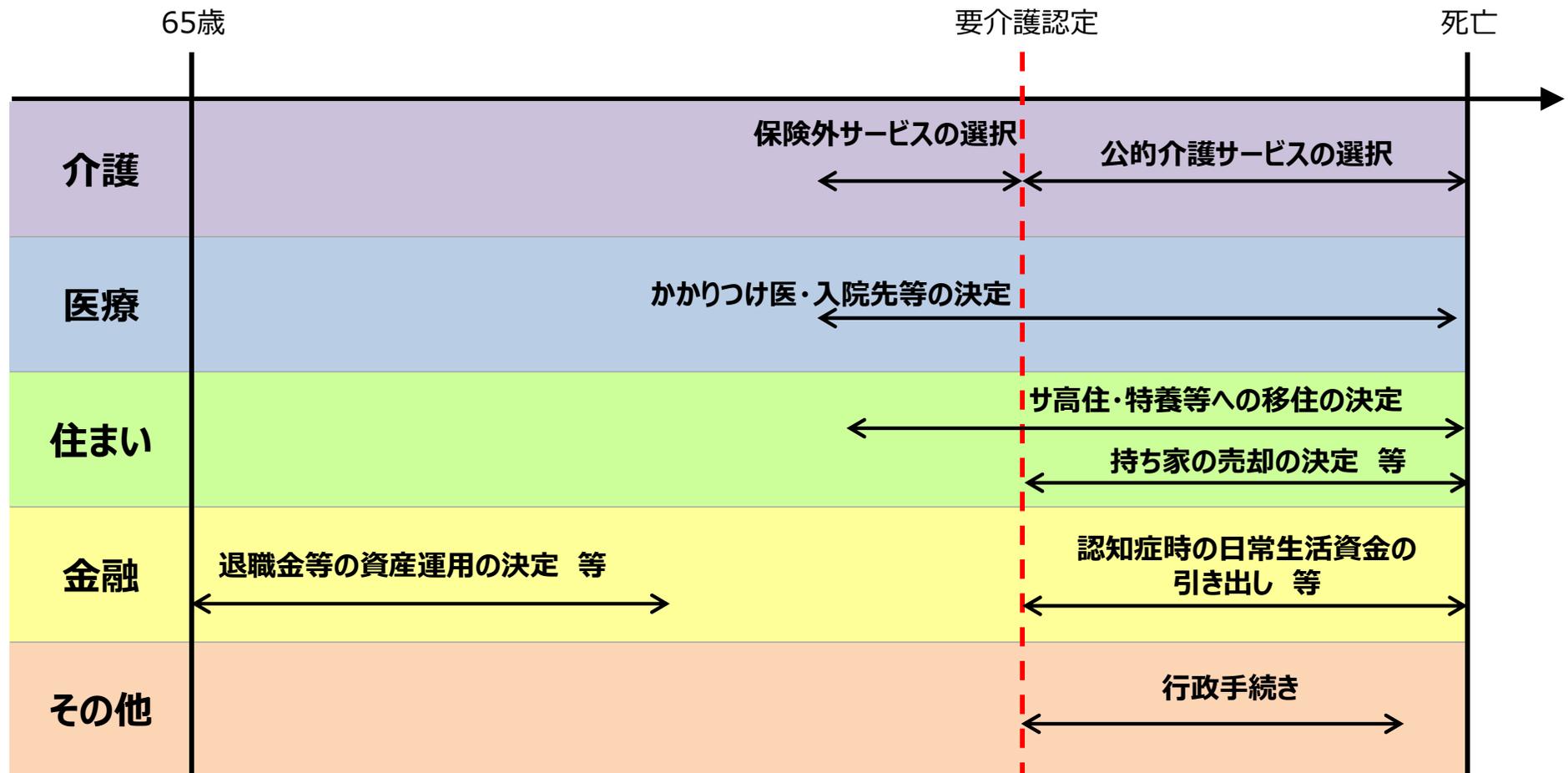
・初任者研修（もしくはそれに準じるもの）の開催により、介護・介護保険制度についての基本的な知識を習得  
 ・老後生活のプランニングの実現に向けた社会的な基盤づくり（コーディネート機能）

公的なサポートの在り方

## 2-1-19 高齢者の本来的な権利の行使や選択を支える機能の構築①

- 高齢者の身体的・経済的・社会的リスクが加齢等に伴って顕在化する中で、高齢者は重要な選択を行う必要がある。
- 一方で、選択に際しての情報の不足や認知能力の低下などの課題が存在する中で、各ライフステージにおける重要な意思決定をサポートし、高齢者の本来的な権利の行使や選択を支える機能（トータルコーディネート機能）を社会的に構築していく発想が必要ではないか。

高齢期における意思決定のタイミングのイメージ



## 2-1-20-1 トータルコーディネート機能の方向性①

- 高齢者が本来的に有する意思決定等の権利の行使や選択を支える観点からは、高齢者の暮らしに寄り添い、様々な権利行使や選択をサポートする機能（トータルコーディネート機能）について、例えば、現行の資格や役割を土台とした新たな資格制度を設け、各主体の社会的な役割や機能を明確化した上で機能構築していくことが一案。

### <方向性①> ケアマネジャー等の資格を土台とした新たな資格制度の検討

<b>基本性質</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の意思決定等の基本的な権利の行使や選択を支えるために、各サービスと情報連携をとりながら、高齢者の生活をサポート。</li> </ul>	
<b>担い手</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢期における心身状況や、個々の高齢者の経済的・社会的環境等について見識を持っている者として、下記の資格を土台とした新たな資格等を検討することが出来るのではないか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>□ ケアマネジャー</li> <li>□ 社会福祉士</li> </ul> </li> <li>● 高齢者の個人情報・資産状況等を取り扱う可能性があり、各サービス事業者から独立する事業主体が必要ではないか。</li> </ul>	
<b>求められる機能</b>	全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 関係者に対し、高齢者のバイタルデータといった個人情報を適切に共有</li> <li>● 要介護認定者や高齢者自身の互助や関係する主体間の連携を確保するためのコーディネート機能</li> </ul>
	介護分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 要介護状態に備えるための介護予防等の保険外サービスの利用促進</li> <li>● 要介護状態における適切な介護サービス活用に向けたアドバイス</li> </ul>
	医療分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の医療における相談事項を共有する機能</li> <li>● 高齢者のバイタルデータを医療機関等に共有する機能</li> </ul>
	住まい分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の心身状態を共有し、高齢者のニーズにあった住まいをアドバイスする機能</li> </ul>
	金融分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の認知能力に応じて、必要な生活資金の引き出しや集配金をサポートする機能</li> </ul>
<b>報酬の在り方</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 報酬の財源は、介護保険、公費、私費などの選択肢が考えられるが、役割の位置付けや実際の業務内容の性格などを踏まえながら検討することが必要。</li> <li>● 高齢者を継続的にサポートしていくことを踏まえ、年間定額払いが考えられるのではないかな。</li> <li>● 一定の質や公平・中立性を確保するため、自治体等による監督や、利用者満足度や情報連携等の実績等に応じた報酬インセンティブを付与するなどの方向性が考えられるのではないかな。</li> </ul>	

## 2-1-20-2 新たな資格の業務範囲等について

- トータルコーディネイト機能を検討して行く上では、既存の資格制度や、高齢者との利益相反の懸念等の観点から「行うべき業務」と「行うべきではない業務」を整理していくことが必要となる。

### ① トータルコーディネイト機能と各分野の業務範囲との関係について

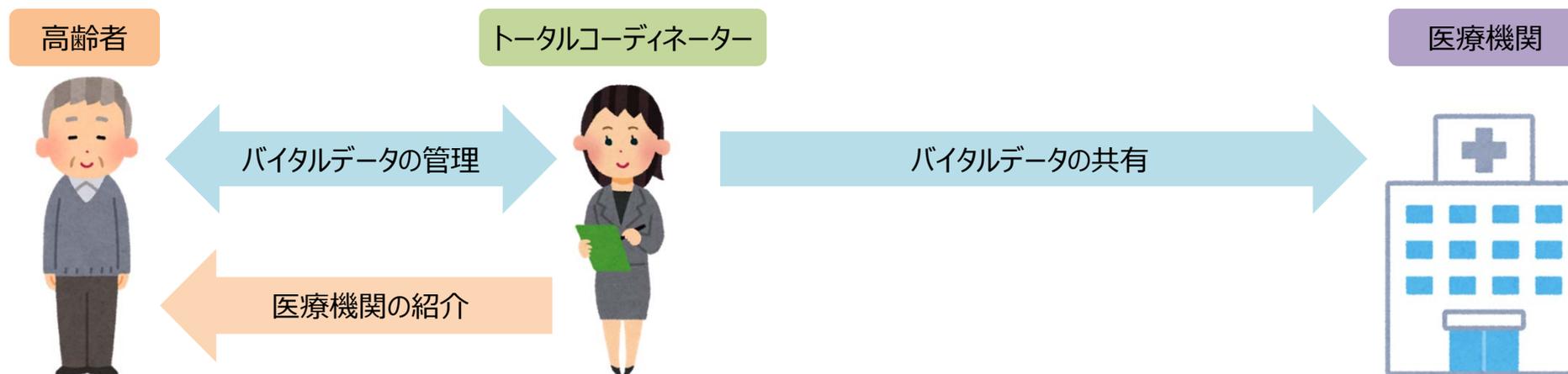
機能	トータルコーディネーターが行うべき業務範囲例	トータルコーディネーターが行うべきではない業務範囲例
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用者からの求めに応じて、高齢者の同意のもとバイタルデータ等の個人情報を共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の同意がない中での個人情報の共有</li> </ul>
医療分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の相談に応じて医療機関の紹介</li> <li>医療機関の求めに基づく、高齢者の日々のバイタルデータ等の提出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診可否の判断</li> <li>高齢者の心身状況に合わせた医学的なアドバイス</li> </ul>
住まい分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の心身状況を不動産業者等に正確に共有し、高齢者のニーズにあった物件かを確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の求めに基づかない不動産の紹介</li> </ul>
金融分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>代理契約に基づく高齢者の日常生活資金の引き出しと集配金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の金融商品の誘引</li> </ul>

### ② 認知症高齢者の意思決定を代理できる範囲について

機能	トータルコーディネーターが代理できる範囲例	トータルコーディネーターが代理できない範囲例
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症になる前に契約した範囲内での個人情報共有の決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症になる前に契約した範囲を超える範囲での個人情報の共有の決定</li> </ul>
医療分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症になる前に契約した範囲内での医療行為の決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症になる前に契約した範囲外での医療行為の決定</li> </ul>
住まい分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>賃貸契約に基づく賃料等の支払い代行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>有料老人ホーム等の賃貸契約の締結</li> </ul>
金融分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の日常生活資金の引き出し等の決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の資産での投資信託等の資産運用の契約</li> </ul>

## 2-1-20-3 医療におけるトータルコーディネーター機能

- 医療におけるトータルコーディネーター機能として、
  - ・高齢者より医療上の相談を受けた場合などに、その相談内容を医療機関につなぐ役割
  - ・高齢者の日常的なバイタルデータの管理・情報共有を行う役割等が考え得る。
- なお、医療に係る仲介や相談機能は、医師の指示を要する機能とそうでない機能を明確にしながら検討することが必要。



【医師の指示が不必要な範囲（例）】

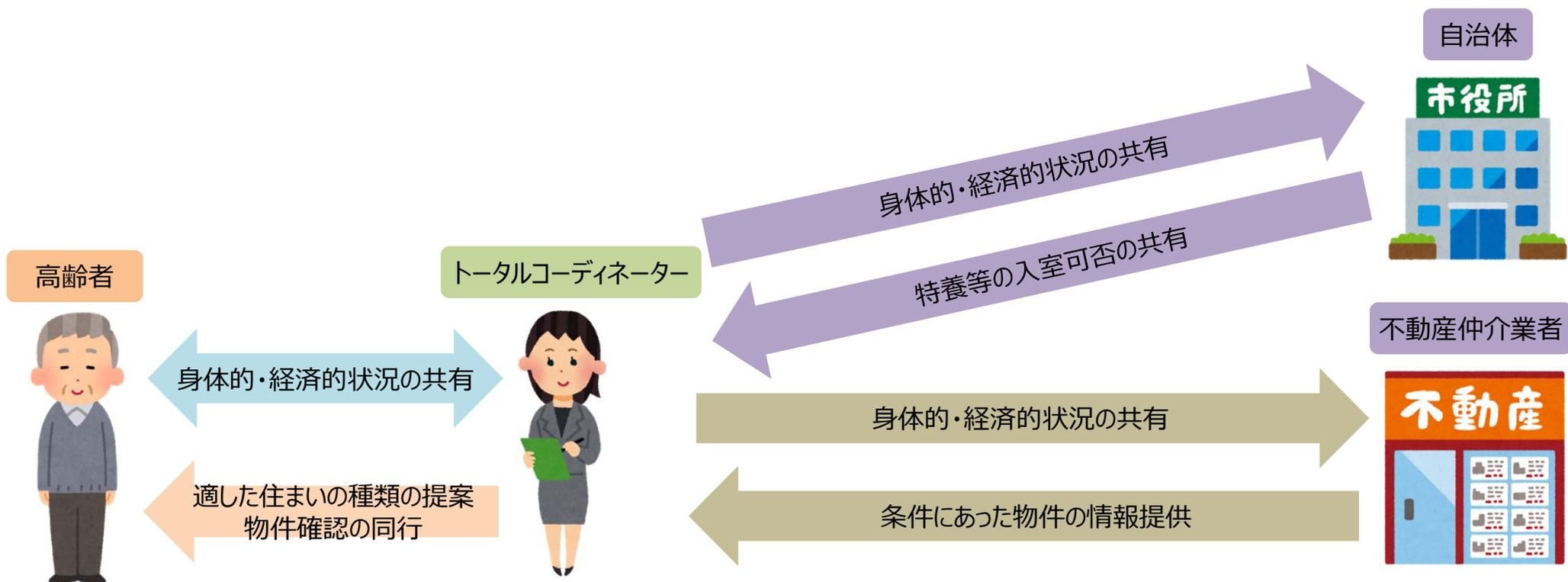
- 初診時における医療機関の紹介
- 服薬管理
- 医療機関の予約

【医師の指示が必要な範囲（例）】

- バイタルデータ等の異常値における受診の可否の判断
- 受診する診療科の選択

## 2-1-20-4 住まいにおけるトータルコーディネートの機能

- 住まいにおけるコーディネート機能として、高齢者の身体的・経済的・社会的状態を把握した上で、住まいの選択をサポートする機能が考えられ得る。
- 不動産仲介業等、既存の機能や資格との関係整理、高齢者との利益相反を生じさせない仕組み等が必要となる。

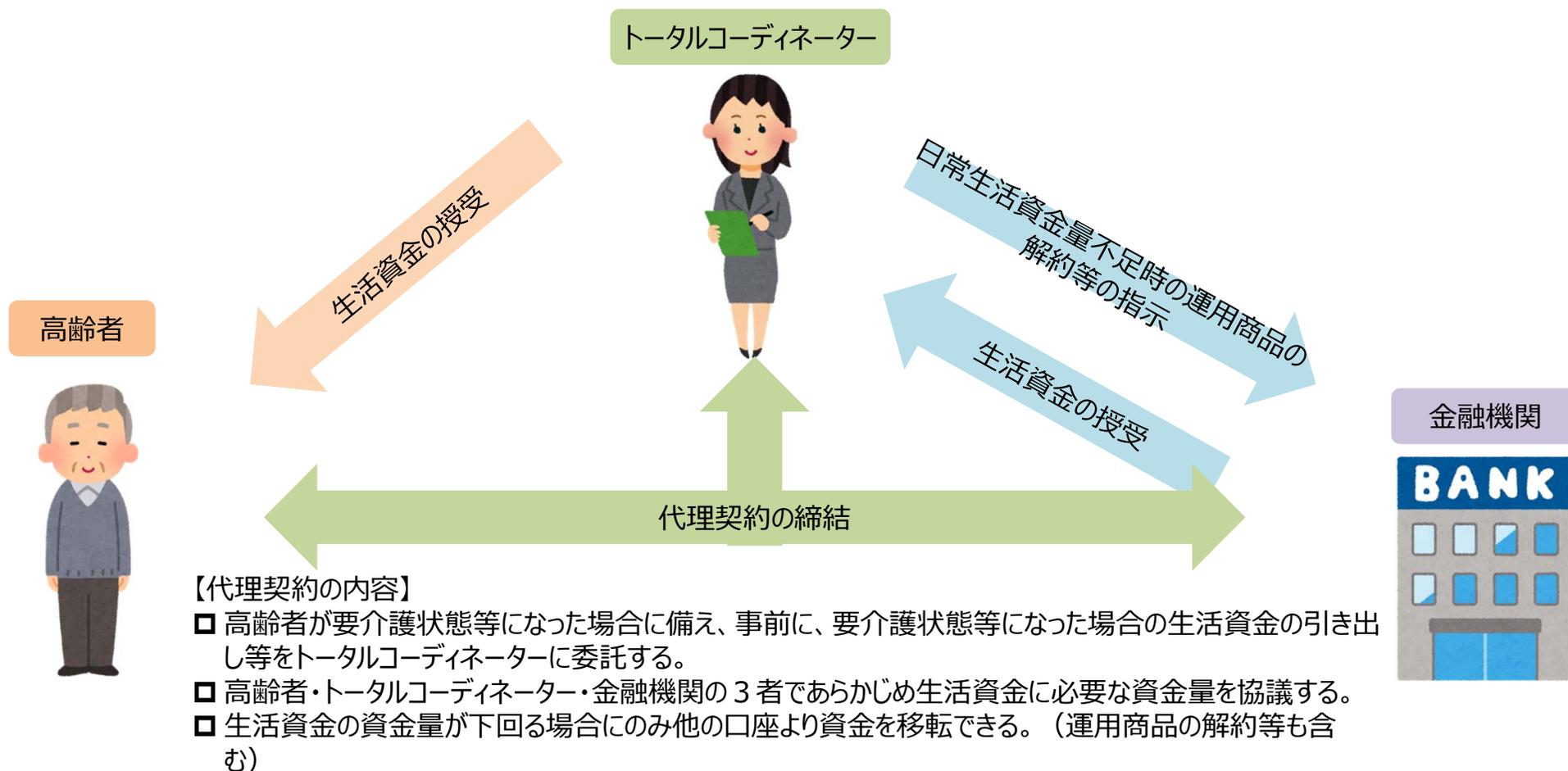


### 【住まいにおけるトータルコーディネート機能のイメージ】

- 高齢者の身体的・経済的・社会的状況に合った高齢者向け住宅の種類・場所を提案。
- 特定の施設を紹介については、不動産仲介業に該当するため、行わないこと。
- 物件確認の同行を行い、行われているケア等が高齢者に合っているかどうかをアドバイスする。

## 2-1-20-5 金融におけるトータルコーディネーター機能

- 金融におけるコーディネーター機能として、
  - ・要介護状態における日常生活で求められる金融機能（預金引き出し等）を代理する機能（金融代理機能）
  - ・あらかじめ高齢者自身が意思表示した範囲内で、運用商品の解約やリバースモーゲージ等による資金調達を提案・実施していく機能などが考えられ得る。



## 2-1-21 トータルコーディネート機能の方向性②

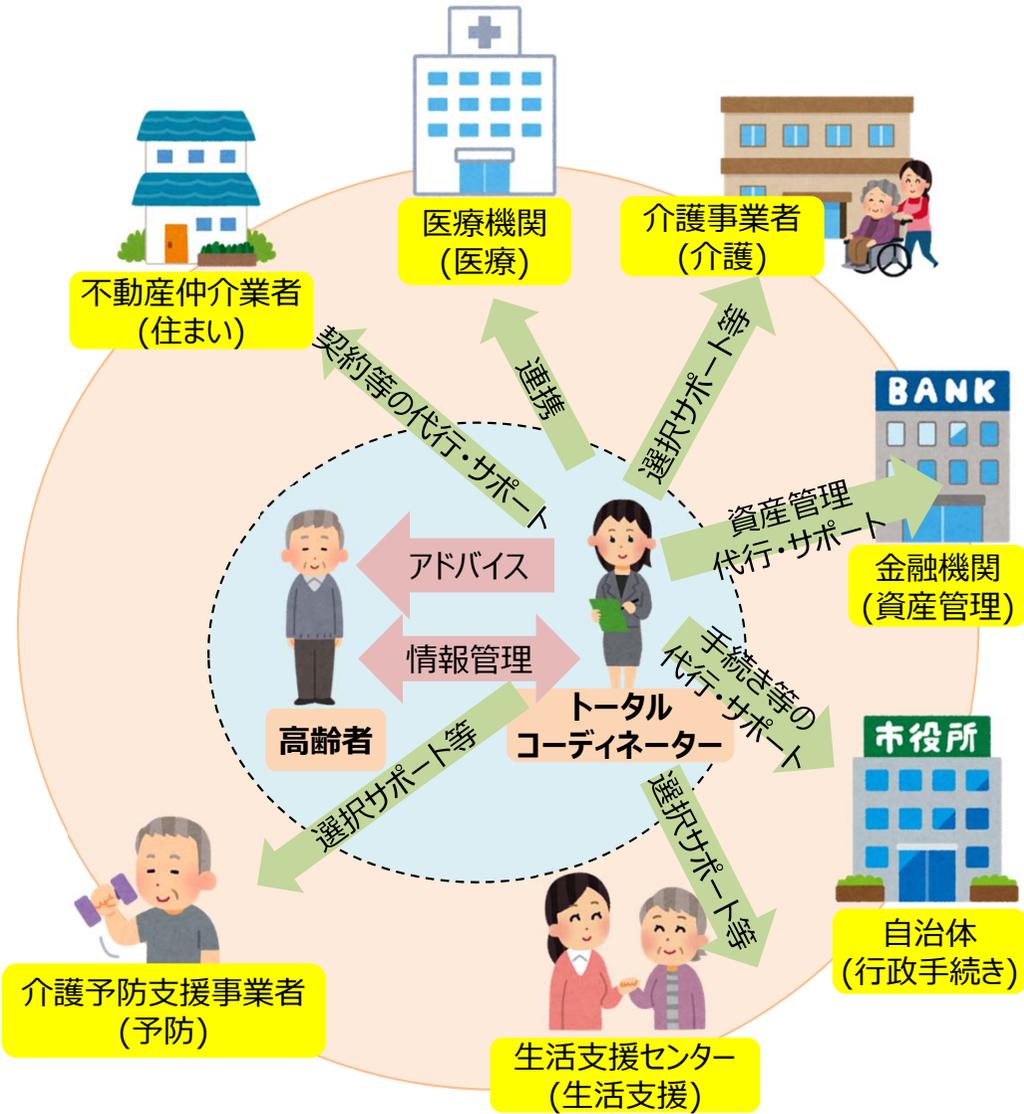
- あるいは、地域包括ケアに関わる医療、介護、健康、住まい等の機能主体に加えて、資産の管理や運用等の機能も含めた機能連携・情報連携の枠組みを構築することで、総体として高齢者支援をトータルコーディネートする機能を構築していく発想もあり得るのではないか。

### <方向性②> 高齢者を支えるトータルコーディネート機能実現のための情報連携・機能連携の構築

<b>基本性質</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の意思決定等の基本的な権利の行使や選択を支えるために、医療、介護、健康、住まい関連の機能主体に加えて、資産の管理や運用等、金融面をサポートする機能も含めて各サービスが連携し、高齢者の生活をサポート。</li> </ul>	
<b>担い手</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療（かかりつけ医）、介護（ケアマネジャー）等の高齢者を支える既存の機能が核となり、高齢者の金融面のサポートを行う関係主体（金融機関、保険会社等）に対して、高齢者の本来的な権利行使、選択に必要な総合的な調整、情報・機能連携を行う事のできる体制を構築。</li> <li>● 例えば、ケアプランの決定・変更を協議する場である「サービス担当者会議」に、資産管理を行う者の参画を位置づけるなどの方向性も一案ではないか。</li> <li>● また、各機能間で様々な情報連携を行うことをサポートする情報基盤の構築が必要</li> </ul>	
<b>求められる機能</b>	全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 関係者に対し、高齢者のバイタルデータといった個人情報適切に共有</li> <li>● 要介護認定者や高齢者自身の互助や関係する主体間の連携を確保するためのコーディネート機能</li> </ul>
	介護分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 要介護状態に備えるための介護予防等の保険外サービスの利用促進</li> <li>● 要介護状態における適切な介護サービス活用に向けたアドバイス</li> </ul>
	医療分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の医療における相談事項を共有する機能</li> <li>● 高齢者のバイタルデータを医療機関等に共有する機能</li> </ul>
	住まい分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の心身状態を共有し、高齢者のニーズにあった住まいをアドバイスする機能</li> </ul>
	金融分野	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の認知能力に応じて、必要な生活資金の引き出しや集配金をサポートする機能</li> </ul>

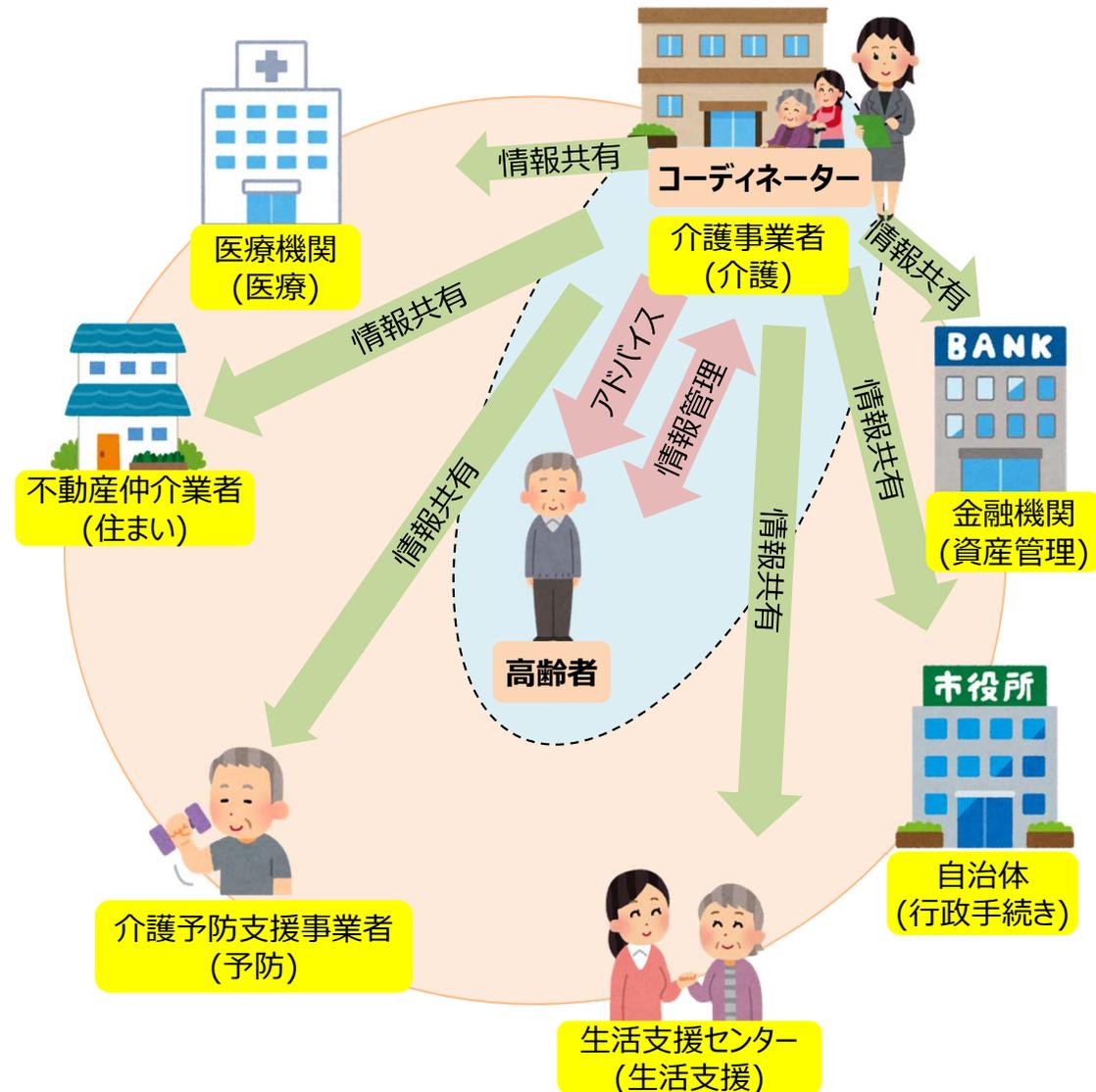
# 2-1-22 トータルコーディネーター機能の概念図

＜方向性①＞ケアマネジャー等の資格を土台とした新たな資格



- ＜利点＞ ・責任と役割の所在が明確  
 ＜課題＞ ・一人のトータルコーディネーターが負うべき機能や責任が大きい  
 ・新たな資格者に対する報酬上の位置付け

＜方向性②＞各機能間の総合的な情報連携・機能連携の構築



- ＜利点＞ ・各関係主体が負うべき負荷は相対的に小さくなる  
 ＜課題＞ ・責任が分散化し、ワンストップのサポートとならないことへの懸念  
 ・情報連携等に係るコスト等の報酬上の位置付け

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

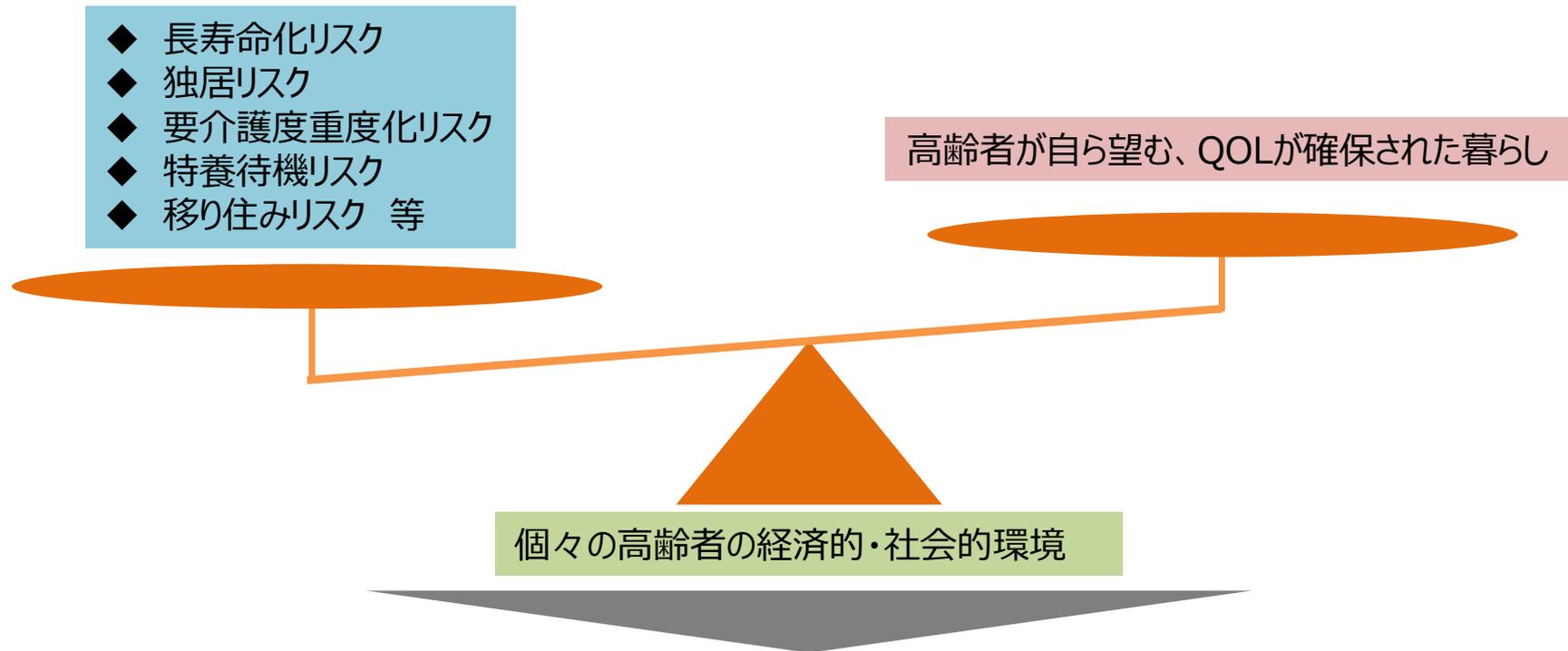
3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-1-23 リスクに応じた自助・互助と備えの方向性

- 高齢者が向き合うリスクについて、自助の力を最大限に発揮しつつ戦略的にオフバランスしていく観点からは、金融商品の活用によるリスク軽減が有効と考えられる。
- 高齢者の経済的・社会的環境及びそこから想定されるリスクと、高齢者が自ら望む暮らしとをバランスさせるために有効な金融商品について、その活用を促していく発想を持つことが重要ではないか。



(リスクに怖じた自助・互助と備えの方向性)

- ◆ 民間保険の活用
- ◆ 積立型投資信託等による貯蓄 等

## 2-1-24 高齢者のリスクに備えるための金融商品等について

金融商品名	特徴	対応するリスク	
		長寿命化	重度化
投資信託	投資家から集めたお金をひとつの大きな資金としてまとめ、運用の専門家が株式や債券などに投資し、そこで得た損益を投資家に投資割合に応じて配分していくことを目的とした金融商品。リスクに応じて金利も変動。	△	△
確定給付企業年金 (DB)	労使が合意した年金契約に基づき、企業の事業主と信託会社等が契約を結び母体企業の外部で年金資産を管理・運用する規約型企業年金と、母体企業とは別の法人格を持った基金を設立した上で、基金において年金資金を管理・運用し、年金給付を行う基金型企業年金の二つの形態がある。	◎	-
確定拠出年金 (DC)	拠出された掛金が個人ごとに明確に区分され、加入者自らが資金の運用を行い、その結果により給付額が決定される年金。事業主がその従業員を対象として確定拠出型の企業年金を行う企業型年金と、国民年金基金連合会が実施する自営業者や企業の従業員のうち企業年金のない者が加入できる個人型年金の二つの形態がある。	◎	-
個人年金保険	個人が一定の年齢から年金が受け取ることのできる保険契約。個人はあらかじめ定められた保険料を払い込み、保険会社が年金を保障する。年金受取期間は、終身、確定、有期といった種類がある。	◎	-
リバースモーゲージ	持ち家を担保として、一括または年金の形で資金を借り入れ、利用者の死亡などによって契約が終了するまで返済を繰り延べられる金融商品。	△	△
民間介護保険	保険契約に定める所定の要介護状態になった場合、現金を受け取れる保険で、給付内容は「一時金（介護一時金）」「年金（介護年金）」「一時金と年金の併用」の3タイプ。	◎	◎

## 2-1-25-1 金融商品に係る対応の方向性

- 65歳以降に向けた資産形成やリスク対応について、金融商品における対応を下記の通り整理した。

### ① 老後の日常生活、医療・介護に備えた資産形成インセンティブ

- 高齢者の所得の大半が公的年金であるが、公的年金のみでは、日常生活の収支が不足するケースが多く、将来希望するライフ・スタイルに即した資産形成を65歳までに進めていくことが必要。



- 65歳までに老後の日常生活資金を貯蓄するためのインセンティブが必要ではないか。
- 医療や介護の自己負担を自ら賄うために、アメリカの医療貯蓄口座（HSA）のような医療介護専用口座を設けて、将来に備えた資産運用を促すといった発想も検討の余地があるのではないか。

### ② リスクに備えるための民間保険の充実

- 要介護期間におけるリスクとして、長寿命化リスク、重度化するリスクや特養待機によるリスク等が存在する。
- 公的年金や自身の貯蓄では介護に伴う経済的リスクに対する備えが十分でないケースが存在。



- 民間介護保険、企業年金、個人年金等によって、このようなリスクを備えていくことが必要ではないか。
- また、多様な民間介護保険を開発していく観点から、要介護度の重度化の確率や、要介護認定者の死亡リスク等の統計データの整備が必要ではないか。

### ③ リバースモーゲージ等を活用した持ち家の資金化

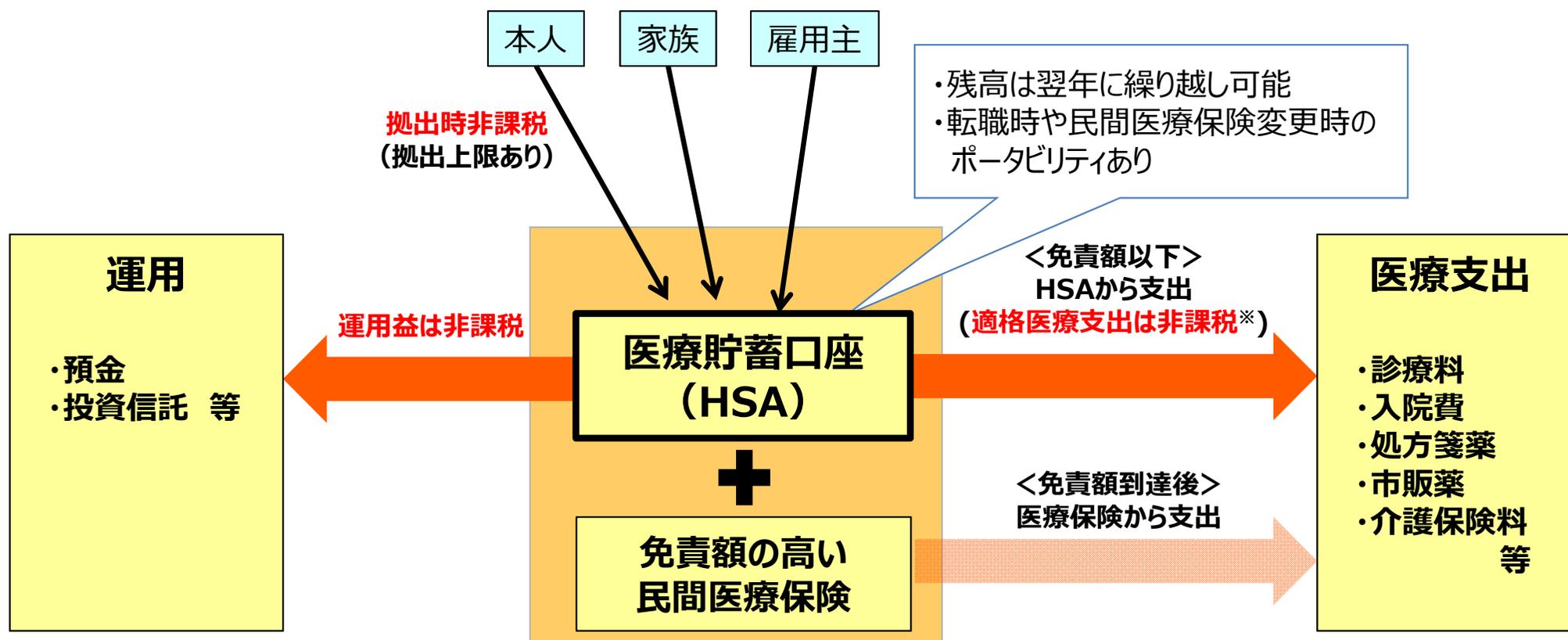
- 貯蓄が少ないものの、住宅資産を持つ高齢者世帯がいる。
- 終の住処となるサ高住や有料老人ホームに入居するための資金調達が必要なケースが存在。



- 住宅資産をもつ高齢者の資金調達手段としてリバースモーゲージなどの手法が有効なケースも想定される。
- 「マイホーム借上げ制度」などを活用し、その賃貸収入を担保にした新たな住宅ローンを組み、サ高住や有料老人ホームに住み替えるための資金を調達するといった方向性が考えられる。

## 2-1-25-2 アメリカの医療貯蓄口座(HSA)

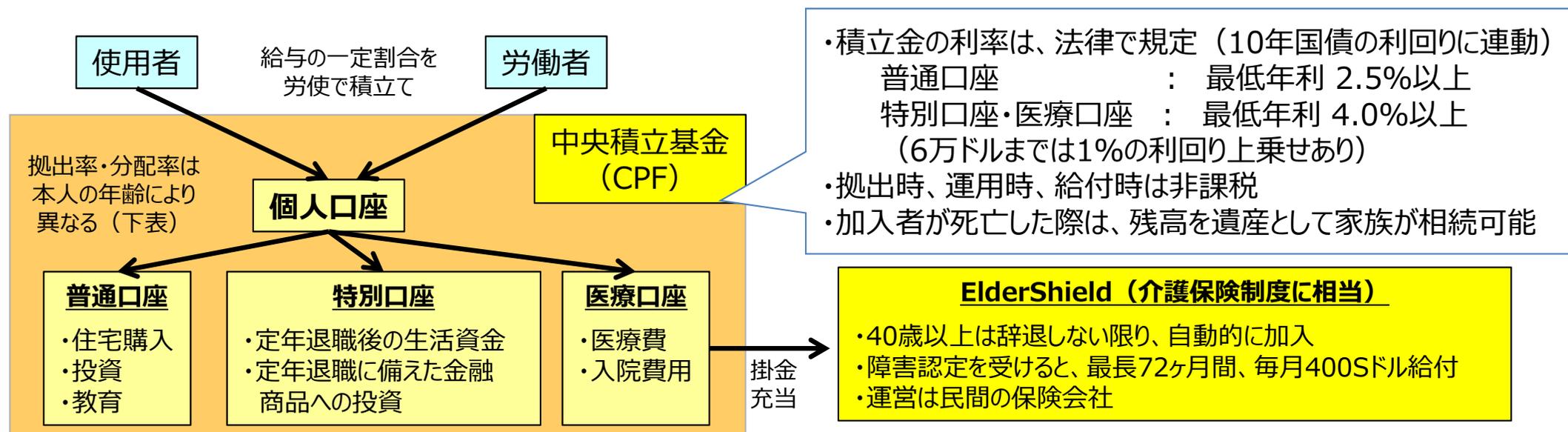
- アメリカでは、免責額の高い民間医療保険加入者を対象に、個人向けの医療貯蓄口座（HSA）の開設を認めている。HSA口座には、本人・家族・雇用主が非課税で拠出でき、適格医療支出の場合は、非課税となる。
- HSA口座の残高は、運用することが可能であり、運用益は非課税。
- 自助の力の発揮によるリスク対応力を醸成していく観点から、特定の機能を有した貯蓄口座に対するインセンティブ設計という発想も参考になる。



※適格医療支出（診察料・入院費・処方箋薬・市販薬・介護保険料等、国が指定したもの）であれば非課税。  
HSAからの非適格な引き出しは、65歳未満は、所得税と10%のペナルティが課税され、65歳以降は、所得税が課税される。

## 2-1-25-3 シンガポールの医療貯蓄口座(CPF)

- シンガポールでは、給与額の一定割合を事業主・労働者が共同で個人口座に積み立て、その積立金を住宅資金・老後生活資金・医療費の払出し目的別の口座に分けて管理する仕組みを導入している。
- 社会全体で高齢者のリスクの備えていく観点から参考になる。

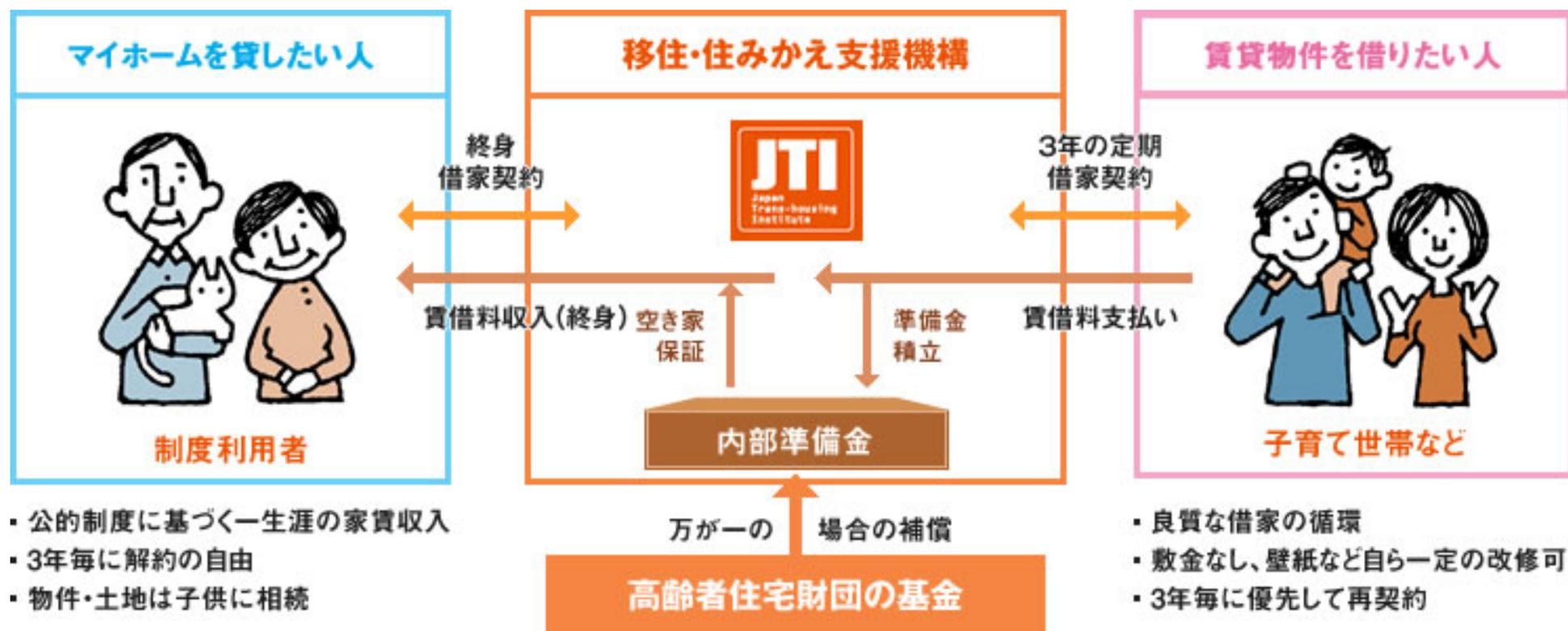


本人年齢	拠出率※			配分率		
	使用者	労働者	総拠出率	普通口座	特別口座	医療口座
35歳以下	16%	20%	36%	23%	6%	7%
35歳超45歳以下	16%	20%	36%	21%	7%	8%
45歳超50歳以下	16%	20%	36%	19%	8%	9%
50歳超55歳以下	14%	18.5%	32.5%	13.5%	9.5%	9.5%
55歳超60歳以下	10.5%	13%	23.5%	12%	2%	9.5%
60歳超65歳以下	7%	7.5%	14.5%	3.5%	1.5%	9.5%
65歳超	6.5%	5%	11.5%	1%	1%	9.5%

※2014年1月時点、民間労働者、シンガポール国籍を持つ場合、月額賃金750Sドル以上・5,000Sドル以下の場合

## 2-1-25-4 マイホーム借上げ制度

- 一般社団法人 移住・住みかえ支援機構（JTI）の「マイホーム借上げ制度」は、50歳以上の人にマイホームを最長で終身にわたって借上げて転貸し、安定した賃料収入を保証する制度。
- 自宅を売却することなく、住みかえや老後の資金として活用することができる。



## 2-1-26 認知症高齢者による事故等のリスクへの対応

- 認知症高齢者による事故等が生じた場合において、認知症高齢者やその家族の損害賠償負担、あるいは賠償が行われないことによる被害者側の損失が生じる可能性があり、こうしたリスクに備えた保険を設計する観点も必要。

### 課題

- 昨今、認知症高齢者による事故により、家族に賠償責任が問われる裁判が発生。
- 2035年には認知症高齢者が2倍程度増加する見込みであり、今後本人や家族への賠償責任が争点となる事案が増える可能性がある。
- 本人や家族及び事故等被害者の双方を救済する観点からは、認知症高齢者による事故時の賠償について何らかの社会的セーフティネットが必要となるのではないか。

### 【対応の方向性】

- 何らかの保険制度により、認知症高齢者による事故に対する賠償を円滑にすることはできないか。

#### 案① 強制加入の認知症賠償責任保険

被保険者：要介護認定者もしくは認知症と診断された者

スキーム：要介護状態もしくは認知症と認定・診断された時点で、保険に強制加入。賠償責任保険の保障額までの無過失責任を法的に認定し、加害者・被害者双方のリスクを社会的にプールする。

メリット：強制加入により、認知症高齢者による事故事案は全てカバーできる。

デメリット：強制加入であるため、保険料支払能力がない人に対して負担がかかる。

#### 案② 認知症に特化した民間の個人賠償責任保険

被保険者：各保険会社の設計による

商品スキーム例：民間の損害保険会社等が介護保険等に特約として設け、保険事由による賠償事故が発生した際に高齢者本人及び家族の賠償負担をカバーする。

メリット：民間による多様な商品設計により、自身の支払能力に応じた保険を選択可能。

デメリット：強制加入でないため、すべての事故をカバーできない。  
また、判例が積み重なっていない段階では、賠償責任の所在や金額が定まらず、商品設計が困難な可能性

### 【共通の対応の方向性】

- 認知症高齢者による事故（電車遅延事故等）の発生頻度等や事故内容等について、統計データを整備することで、リスクを正確に計算できる環境を整えることが必要。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-2-0 地域特性の分析の方向性について

- 本項において、地域特性について下記の方向性に基づいて分析を行った。

### <分析の方向性>

#### ① 地域特性（将来の介護需要の規模・密度、労働力人口等）に即した、介護サービス提供の役割分担

→施設介護サービス、通所介護サービス、訪問介護サービスの事業特性と、各地域の特性（将来の介護需要の密度、将来の労働力人口）を照らし合わせることで、将来の効果的かつ効率的な介護サービス提供の在り方について分析した。

#### ② 地域特性（将来の介護需要の規模、介護需要の密度、労働力人口等）に即した、介護サービス提供の規模

→地域包括ケアの単位である日常生活圏域ごとの将来の介護需要の規模から、効果的かつ効率的な介護サービス提供の規模について分析した。

#### ③ 要介護認定率の地域特性などを踏まえた政策対応の方向性について

→要介護認定率等の地域特性と他の指標との相関から地域特性を踏まえた政策の在り方について分析した。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 2-2-1 介護サービス受給者の密度と労働力人口の将来動向から捉えた介護サービス提供の在り方について

- 訪問介護サービス、通所介護サービス、施設介護サービスの事業特性と、各地域の特性（将来の介護需要の密度、将来の労働力人口等）を照らし合わせることで、将来の効果的かつ効率的な介護サービス提供の役割分担について分析した。

## 事業特性

### <訪問・通所介護サービス>

- 介護需要の密度と事業性や生産性向上の関係
- ・移動・送迎時間が業務負荷の多くを占めるビジネスモデルであり、介護サービス受給者の地理的な密度と収益性が相関する可能性
- ・移動・送迎時間が長くなる地域（地理的密度が低くなる地域）では生産性の向上が困難な可能性
- 介護費等との関係
- ・介護サービス受給者一人当たりの介護費や施設等整備のための費用は施設サービスよりも少額となる傾向である一方、家族負担等も含めた社会的負担の総和は大きくなる可能性

### <施設介護サービス>

- 介護需要の密度と事業性や生産性向上の関係
- ・収益上は入所率を確保することが重要であり、介護需要密度の影響を相対的に受けにくい
- ・生産性向上により、介護サービス受給者一人当たりに必要な介護職員数は合理化できる可能性
- 介護費との関係
- ・介護サービス受給者一人当たりの介護費や施設等整備のための費用は訪問介護や通所介護よりも高額となる傾向

## 地域特性

### <将来の介護需要の密度>

- 市区町村ごとの将来の介護サービス受給者の人数推計を、可住地面積※で除することで、将来の介護サービス受給者の密度を試算。  
※総土地面積から林野面積及び湖沼面積を差し引いた面積

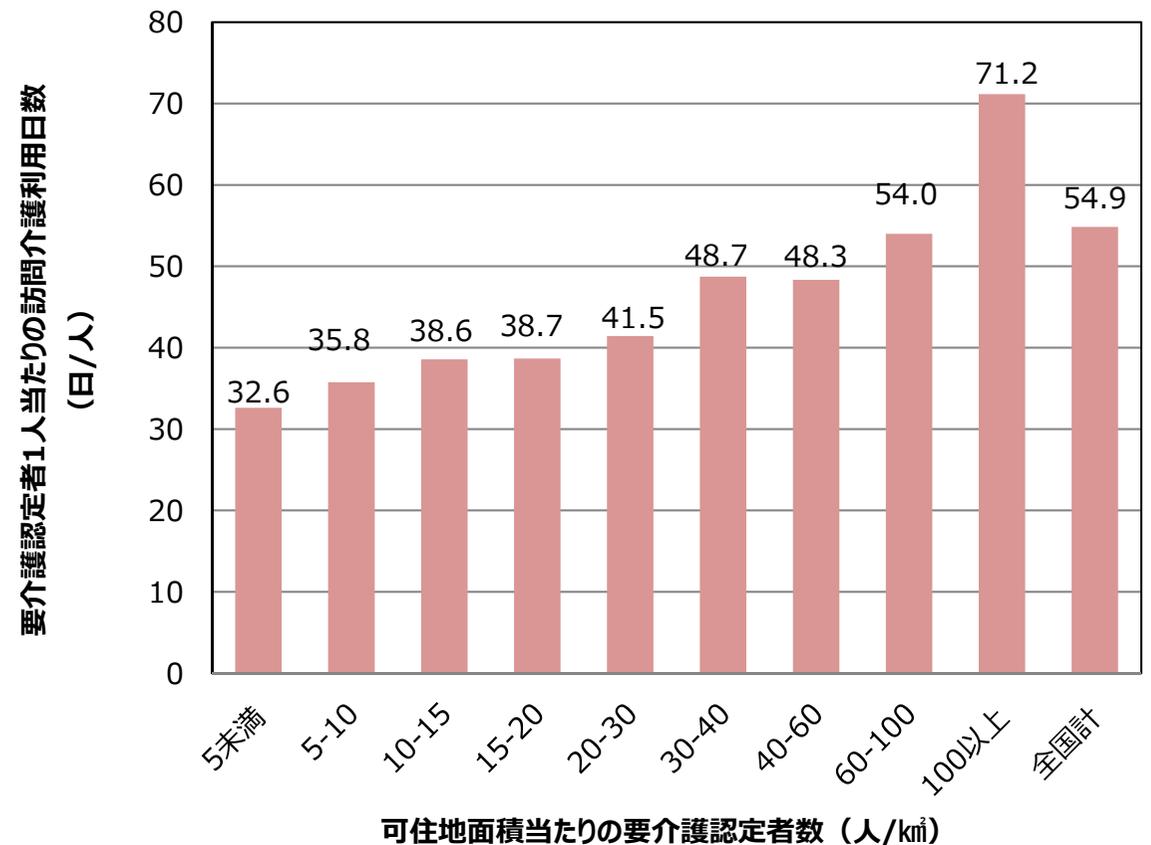
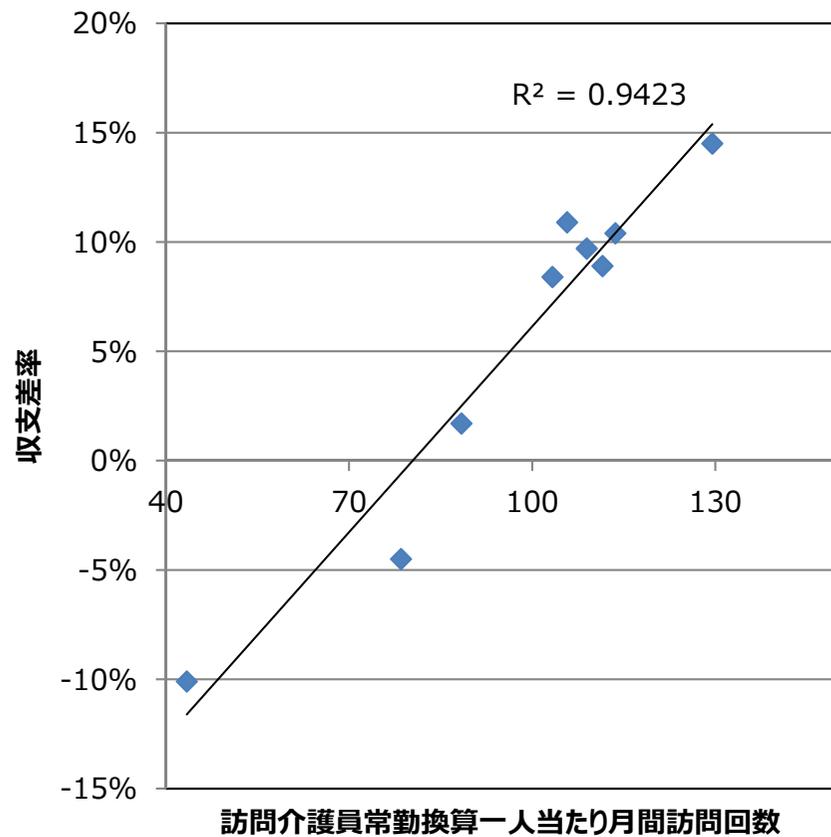
### <将来必要な介護職員数／労働力人口>

- 市区町村ごとの将来必要な介護職員推計と、労働力人口の推計を比較する事で、将来の介護職員数／労働力人口を市区町村ごとに試算。

地域特性に応じた介護サービス提供の在り方に関する示唆の抽出

## 2-2-2-1 訪問介護の収支と介護需要密度の関係について

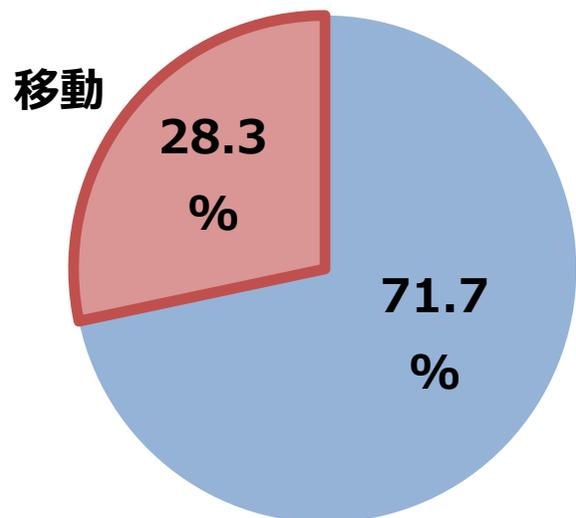
- 訪問介護は、職員一人当たりのサービス提供回数が収支差率に強く相関する。また、要介護認定者の密度が大きいほど、要介護認定者一人当たりの訪問介護利用日数が増加する。
- 要介護認定者の密度が大きい地域ほど、訪問介護の収益性が高くなる。



## 2-2-2-2 訪問介護の効率性と介護需要密度の関係について

- 訪問介護においては、業務負担の約3割を移動時間が占める状況にある。
- 移動時間の短縮が困難な場合は、必要な労働力の大幅な効率化は困難。

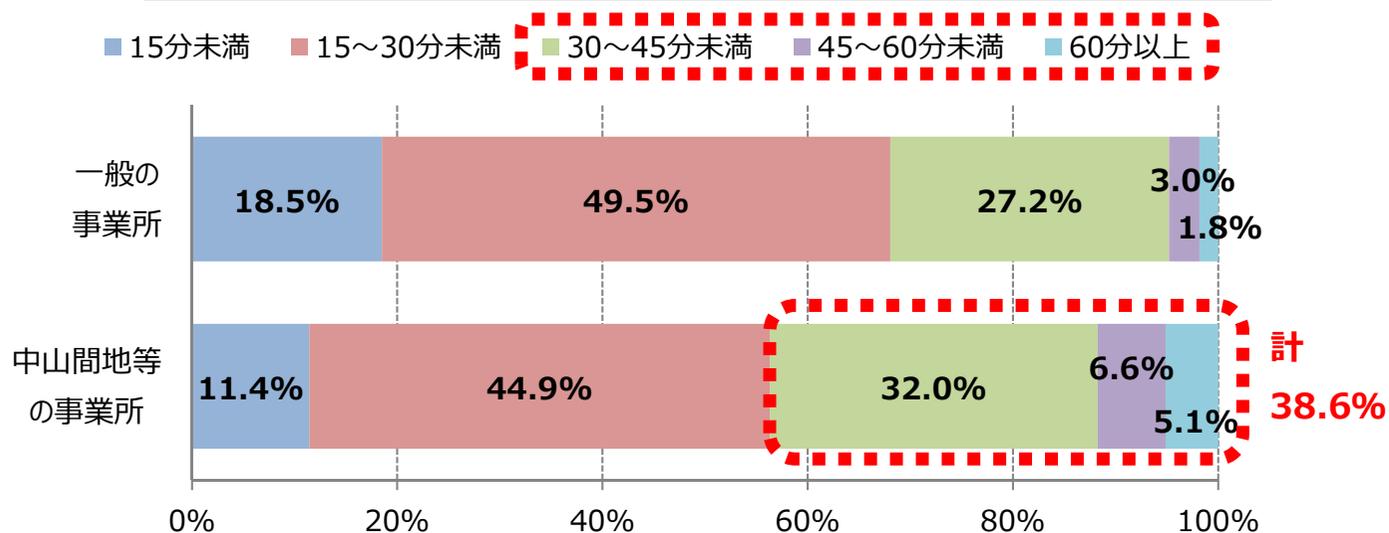
移動時間が総労働時間(常勤換算職員分)に占める割合



身体介護・生活援助

※集合住宅減算の減算対象事業所（利用者の居宅と同一の建物に事業所があり、当該住宅に月平均30人以上にサービス提供を行う事業所）は除く。（出典①より）

最も時間のかかっている利用者の片道の移動時間



※それぞれ別の目的でおこなった調査であり、時点・質問の仕方が異なるため、単純比較はできない。

＜一般の事業所＞

無作為抽出した訪問介護事業所を対象として行った調査（出典①）における「事業所から利用者宅への最長の移動時間」（集合住宅減算の減算対象事業所を除く）の結果

＜中山間地等の事業所＞

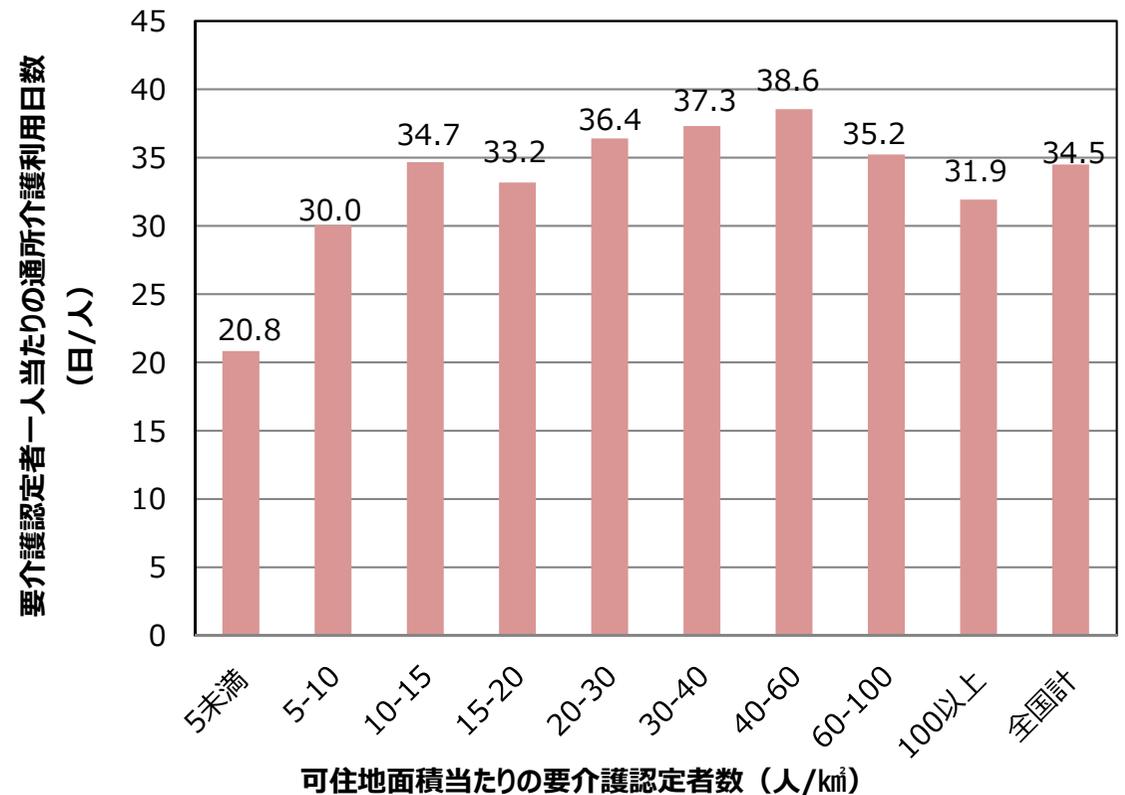
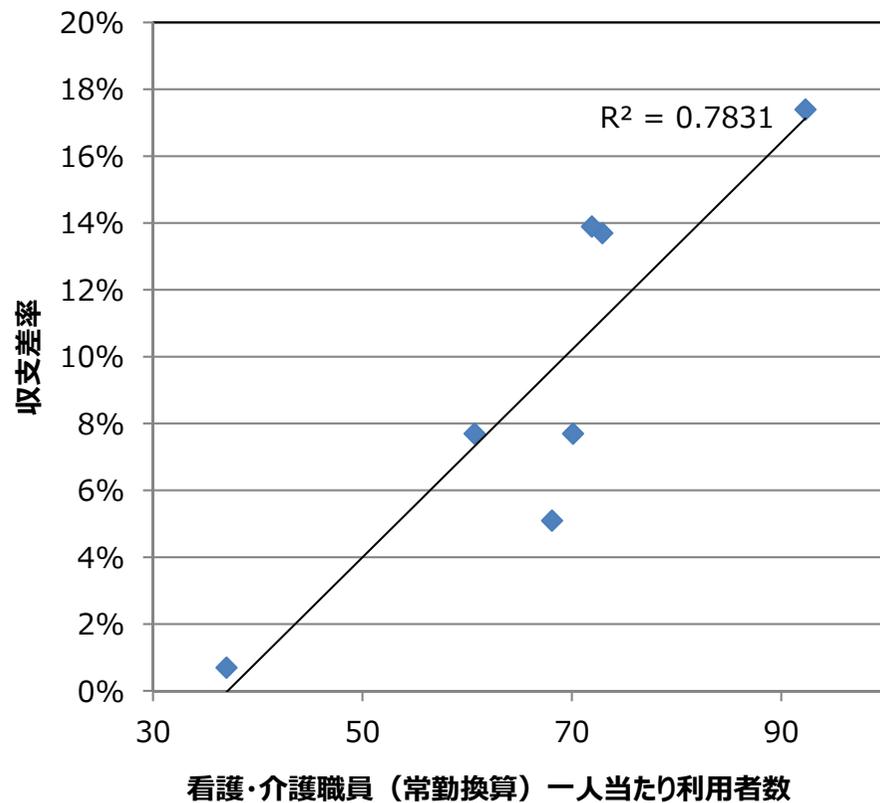
中山間地域等に所在し、介護報酬の加算を算定している事業所等を対象として行った調査（出典②）における「最も合理的な通常の経路で最も時間のかかっている利用者の片道の移動時間」の結果

（出典①）株式会社 日本総合研究所「集合住宅における訪問系サービス等の評価の在り方に関する調査研究 報告書」

（出典②）第7回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会（平成27年3月20日）資料1-7「中山間地域等における訪問系・通所系サービスの評価のあり方に関する調査研究事業（結果概要）」

## 2-2-3-1 通所介護の収支と介護需要密度の関係について

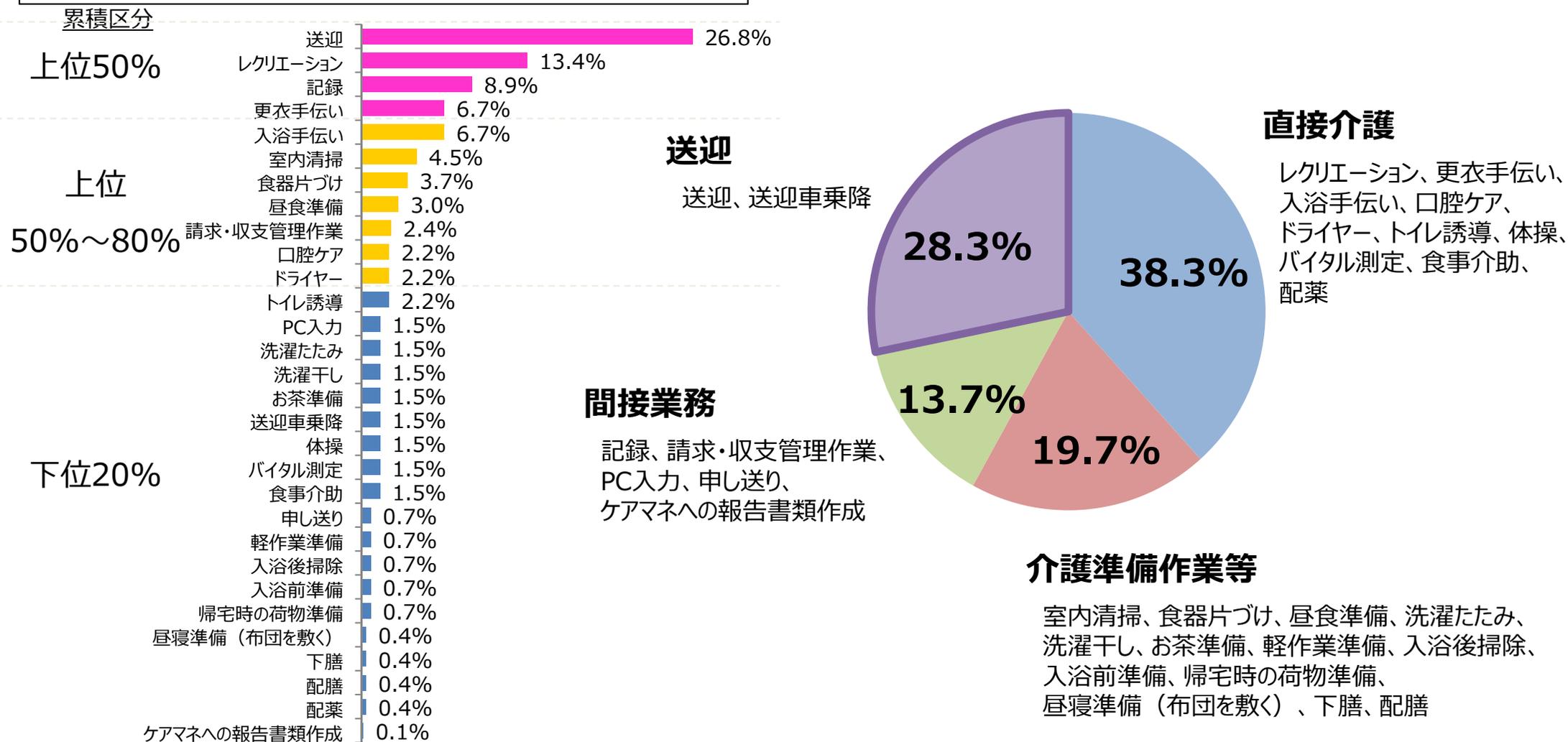
- 訪問介護は、職員のサービス提供回数が収支差率にある程度相関する。また、要介護認定者の密度が10～100人/km<sup>2</sup>で全国平均並みの要介護認定者一人当たりの通所介護利用日数となっている。
- 通所介護は、一定程度の要介護認定者の密度があれば、収益性が高くなる。



## 2-2-3-2 通所介護の効率と介護需要密度の関係について

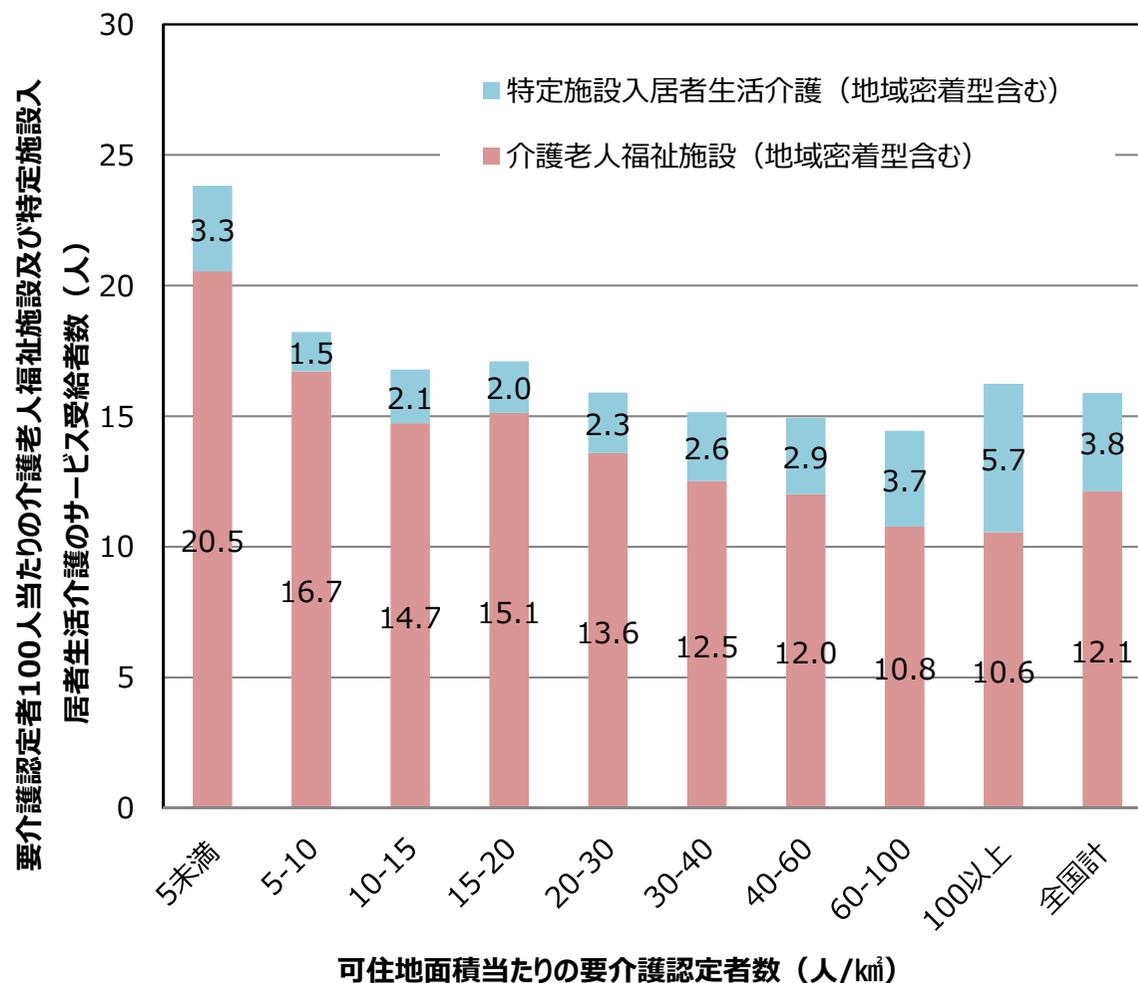
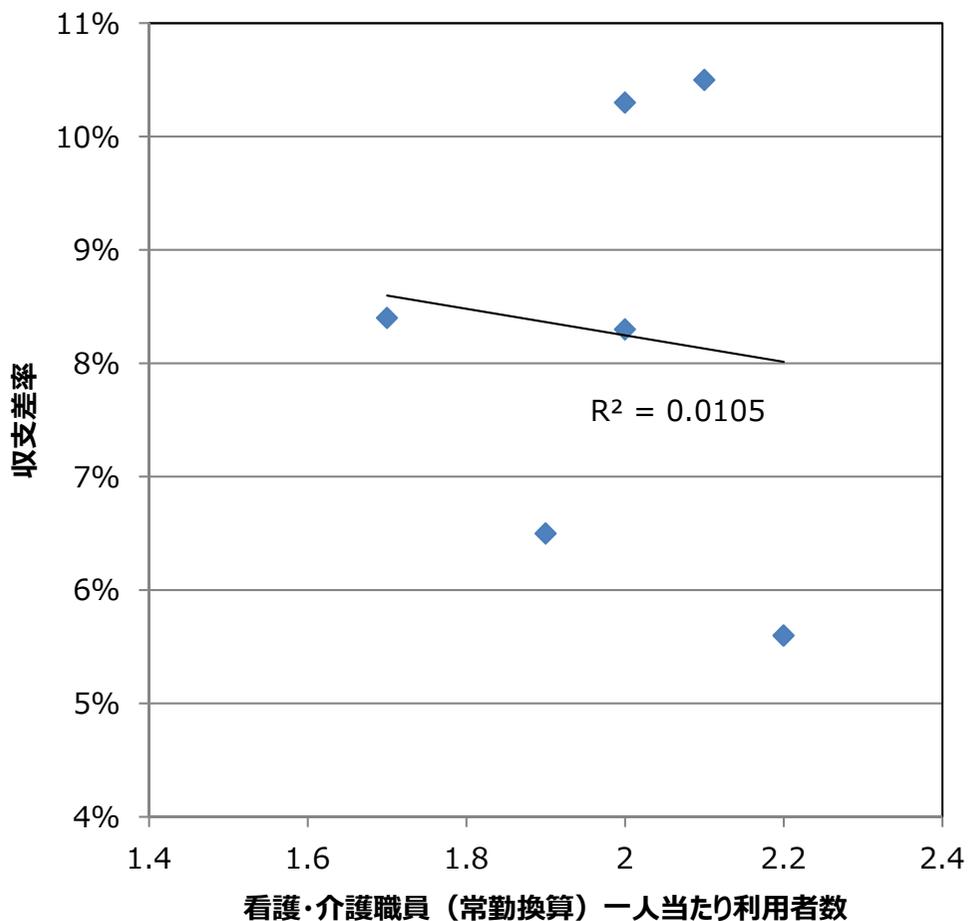
- 通所介護においても、業務負担の約3割を移動時間が占める状況にあり、訪問介護と同様に移動時間の短縮なくしては、労働力の大幅な効率化は困難。

通所介護における業務負担割合 ※特定の施設における調査データ



## 2-2-4-1 施設介護の収支と介護需要密度の関係について

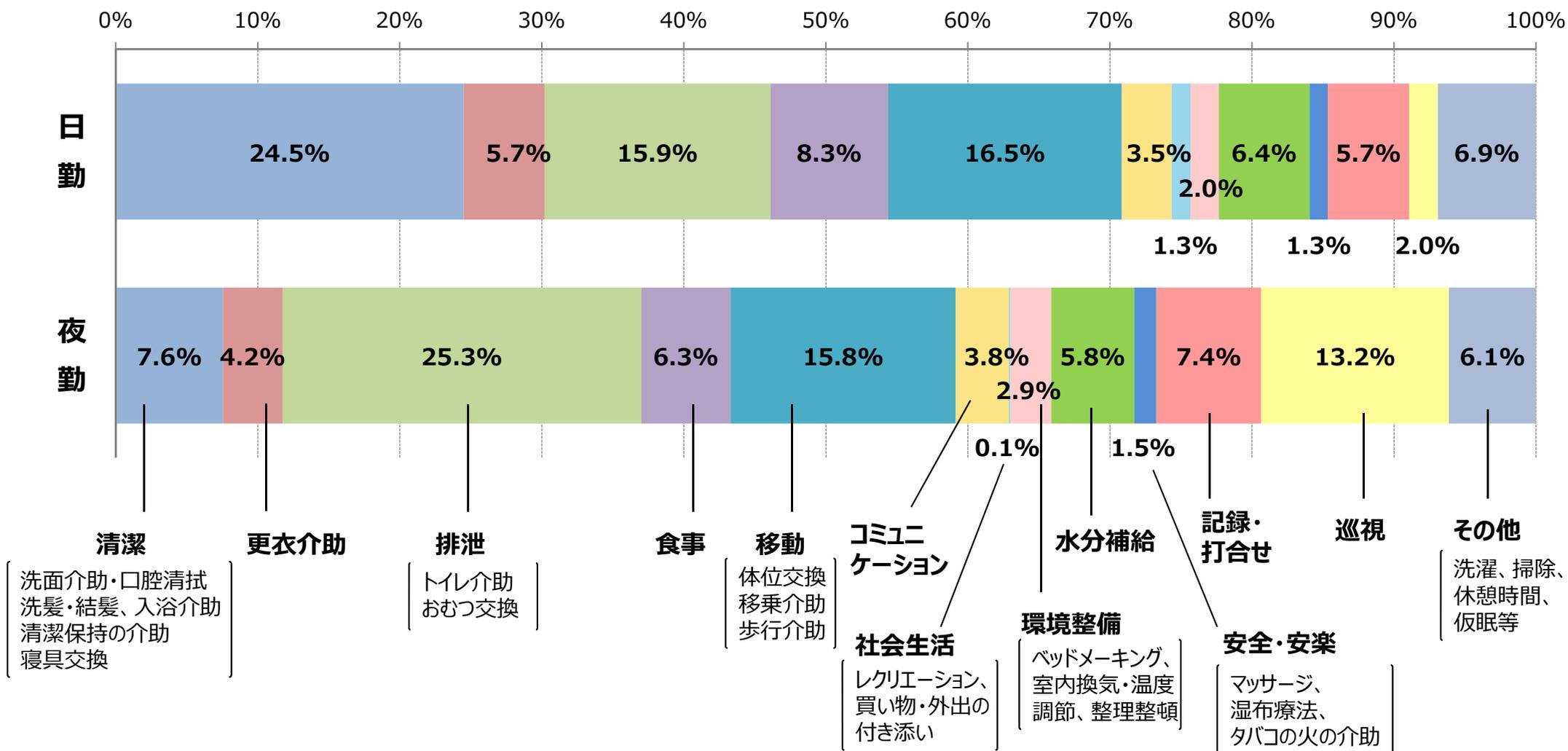
- 介護老人福祉施設は、看護・介護職員一人当たりの利用者数と収支差率に相関がみられない。また、要介護認定者の密度が低ければ低いほど、要介護認定者一人当たりの利用者数が多い。
- 介護老人福祉施設の収益性は、要介護認定者の密度に影響されにくい。
- 特定施設については、要介護認定者の密度が高い程、要介護認定者一人当たりの利用者数が多い傾向。



## 2-2-4-2 施設介護の効率と介護需要密度の関係について

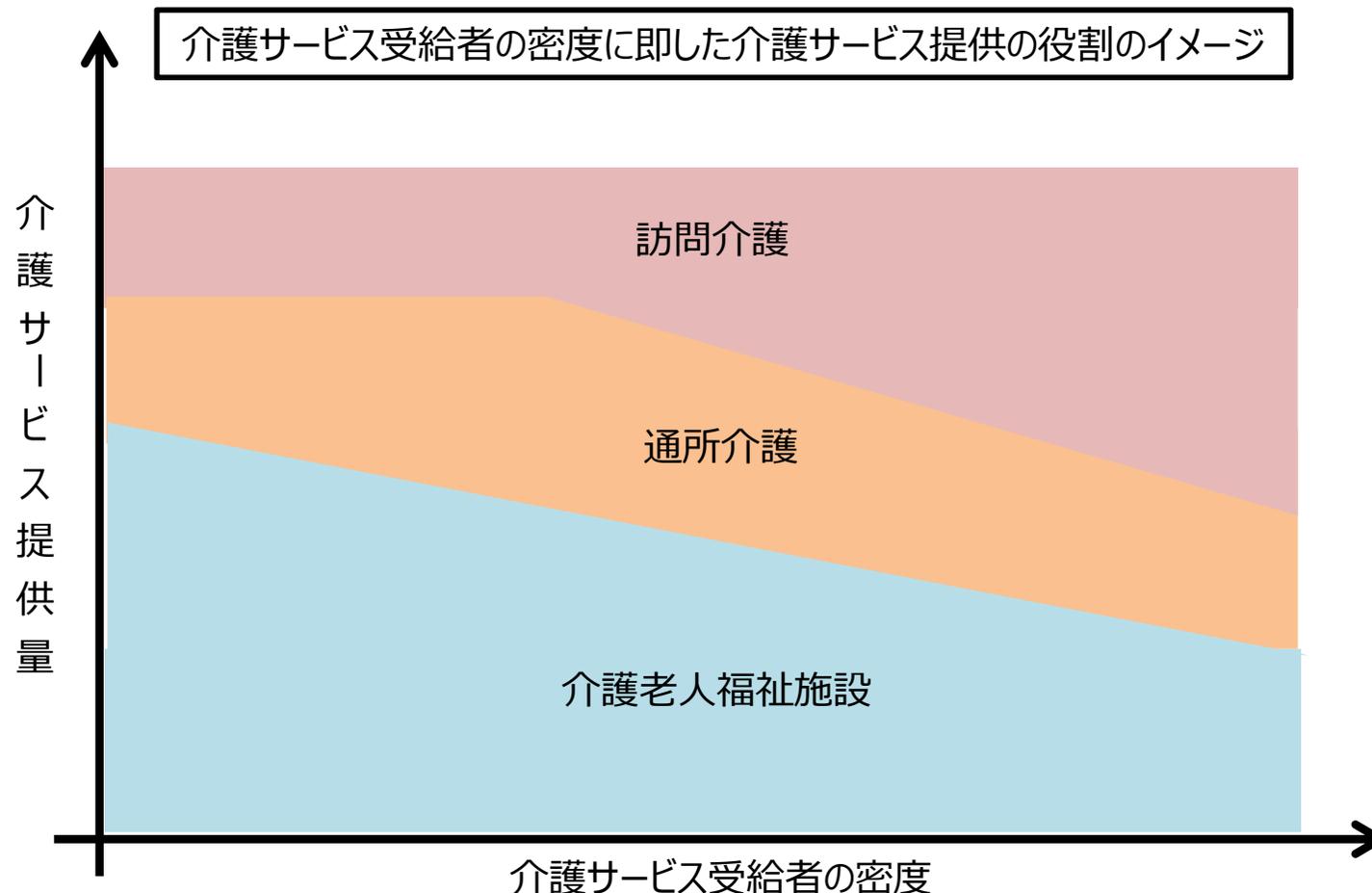
- 施設介護においては、介護サービス受給者の介護が施設内で基本的に完結しているため、施設内の介護サービス提供の生産性向上により、介護サービス提供の確保のために必要な労働力人口を効率化できる。

<介護職員の1日1人平均従事時間割合>



## 2-2-5 介護サービス受給者の密度と整備すべき施設やサービス、量のイメージ

- 訪問介護サービス、通所介護サービス、施設介護サービスの事業特性をもとに、介護サービス受給者の密度に即した介護施設・サービスの種類、量のイメージは下記の通り。
- 各地域における将来の介護サービス受給者の密度及び労働力人口の状況に応じて、適切な介護サービスの役割分担及びその実現を円滑化するための方策を考えていく発想が重要となるのではないかと。



※各サービスの事業特性と介護サービス受給者の密度の関係性の分析を元に経済産業省が作成したイメージであり、実際のサービス提供体制を検討する際は、介護サービス受給者数や労働力人口といった地域特性を踏まえる必要がある。

## 2-2-6-1 訪問介護における集住効果①

- 訪問介護利用者の、集住が進み、介護サービス受給者の密度が上がった場合に、訪問介護職員の必要数の抑制にどの程度効果があるか試算した。

	2015	2020	2025	2030	2035
訪問介護利用者数(万人)	88	104	118	131	141
訪問介護利用者一人当たり一日利用回数	0.7				

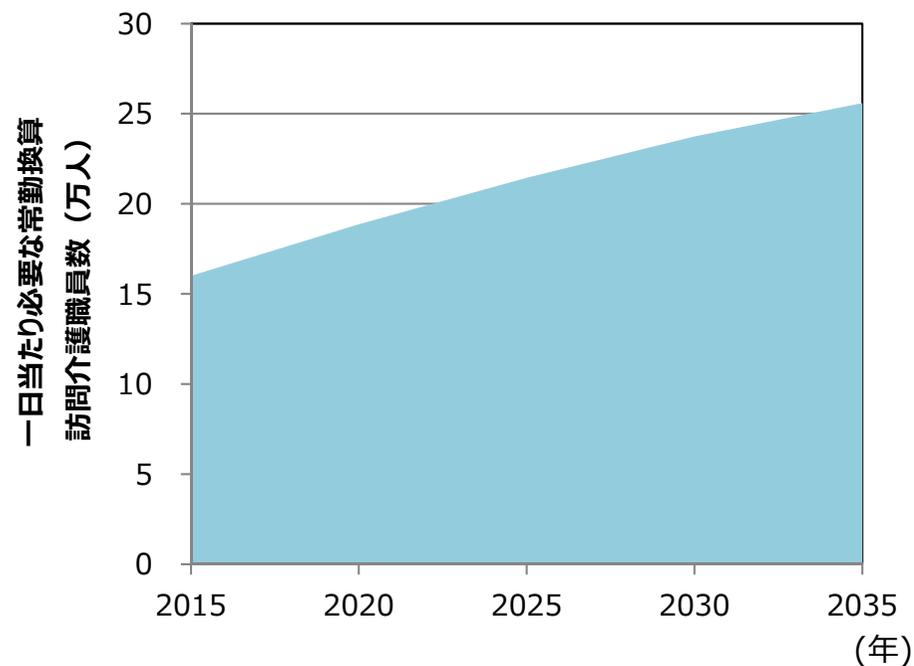
### 【訪問介護利用者の居住する建物】

	割合
戸建住宅、マンション等自宅居住者	75.1%
サ高住等(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、旧高専賃)居住者	23.5%
その他	1.4%

### 【常勤換算一人当たり一日訪問件数】

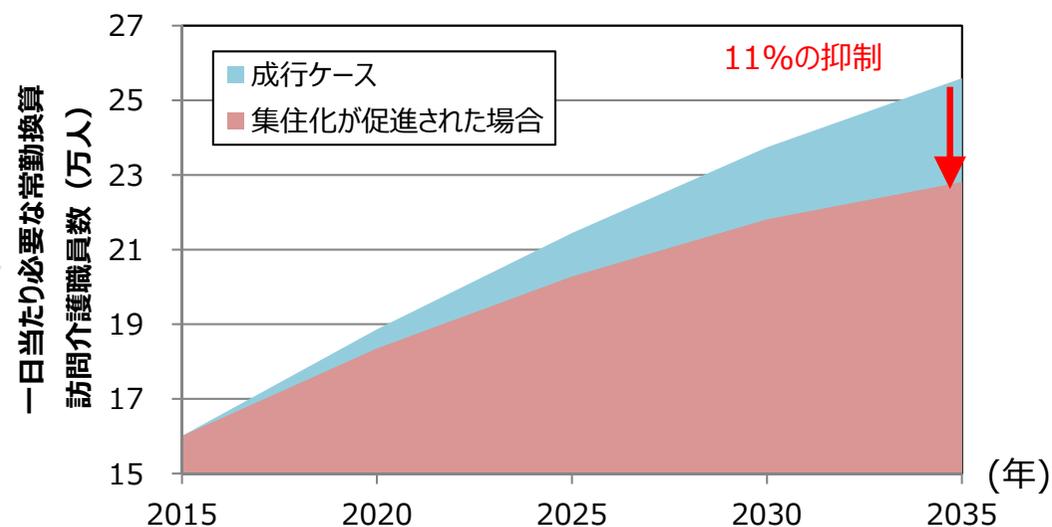
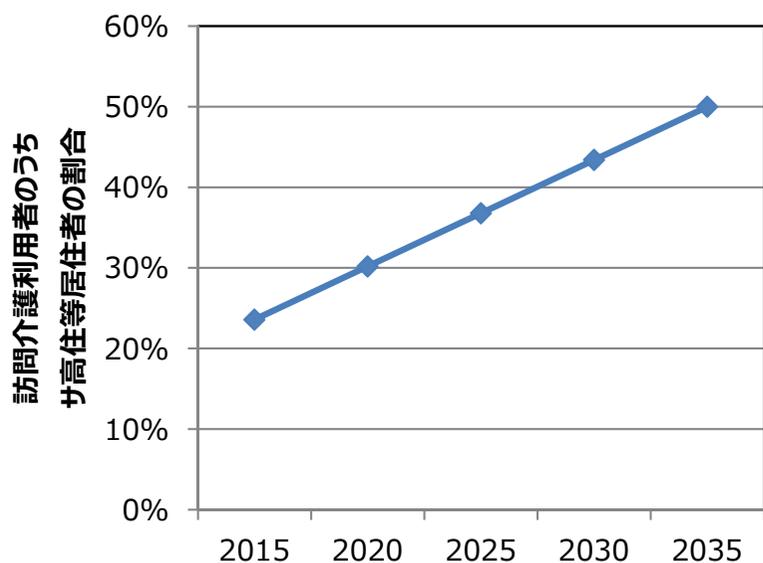
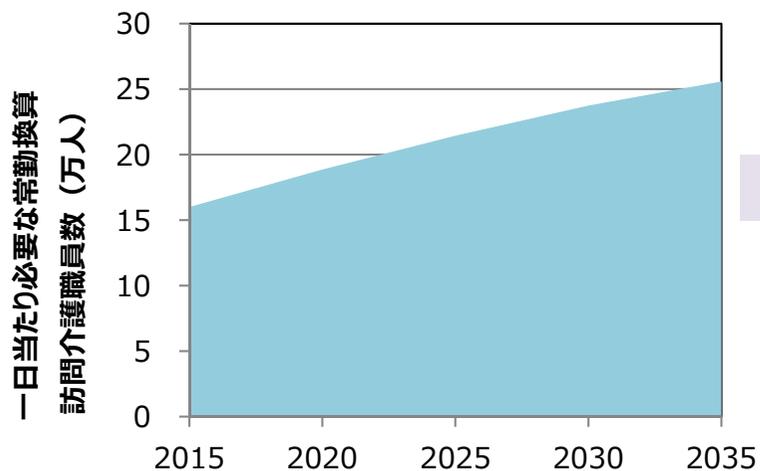
事業所の区分	訪問件数
同一建物減算の適用事業所	5.6件
同一建物減算の非適用事業所	3.5件

集住(サ高住等居住者等)している介護サービス受給者に対する訪問介護職員の訪問件数が同一建物減算の適用事業所の件数(5.6件)と同等の場合



## 2-2-6-2 訪問介護における集住効果②

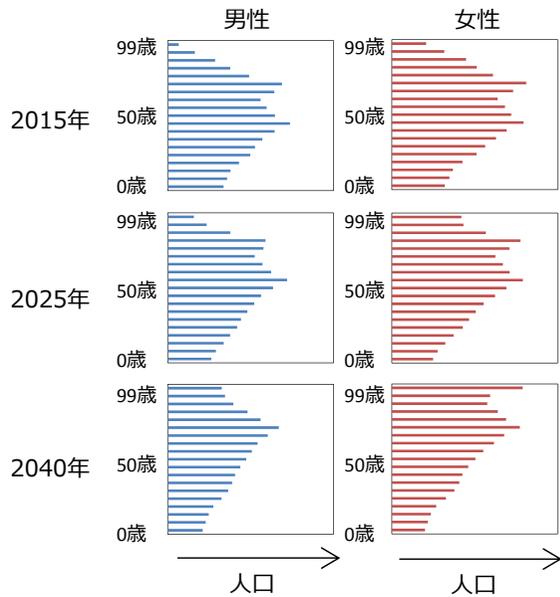
- 試算した結果、仮に2035年に訪問介護利用者のうち半数が集住（サ高住に居住等）した場合、訪問介護職員の人材確保の需要に対して、11%の抑制効果がある見込み。
- 介護サービス受給者の密度が低い地域において、訪問介護を効率的に行うためには、集住を促進することが効果的と考えられる。特に土地価格が低い地域などにおいては集約的な設備・住まい整備が円滑に進みやすい。



# 2-2-7-1 介護サービス受給者密度の推計方法

- 将来の市区町村別の介護サービス受給者数を、将来の性・年齢階級別の人口と、性・年齢階級別の介護サービス受給者数の割合から推計。その上で、可住地面積当たりの介護サービス受給者密度を推計する。

各年の性・年齢階級別人口

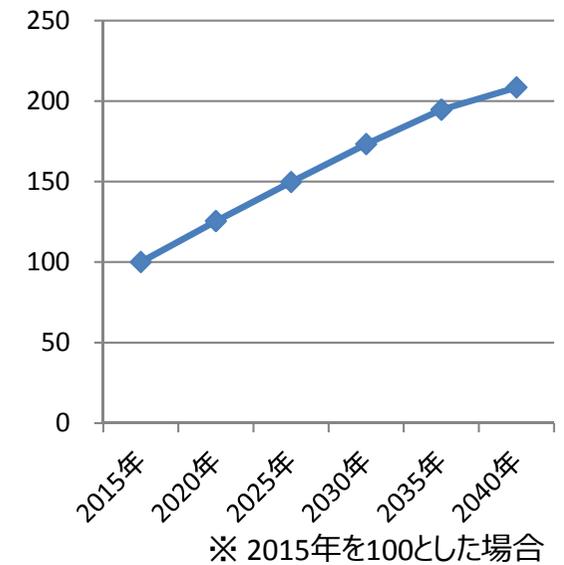


人口に対する  
性・年齢階級別の  
介護サービス受給者数の割合

	要介護1	要介護2	要介
男	0.84%	0.92%	0
40～64歳	0.06%	0.09%	0
65～69歳	0.45%	0.56%	0
70～74歳	0.89%	1.05%	0
75～79歳	1.82%	1.99%	1
80～84歳	3.74%	3.78%	2
85～89歳	6.82%	6.78%	5
90歳以上	10.50%	11.83%	10
女	1.65%	1.61%	1
40～64歳	0.04%	0.06%	0
65～69歳	0.35%	0.39%	0
70～74歳	0.88%	0.86%	0
75～79歳	2.41%	2.08%	1
80～84歳	5.70%	4.79%	3
85～89歳	9.87%	9.09%	6
90歳以上	11.21%	13.61%	12



将来の介護サービス受給者数の推計



将来の介護サービス受給者数の推計



可住地面積※

※ 総面積から林野面積と主要湖沼面積を差し引いた面積

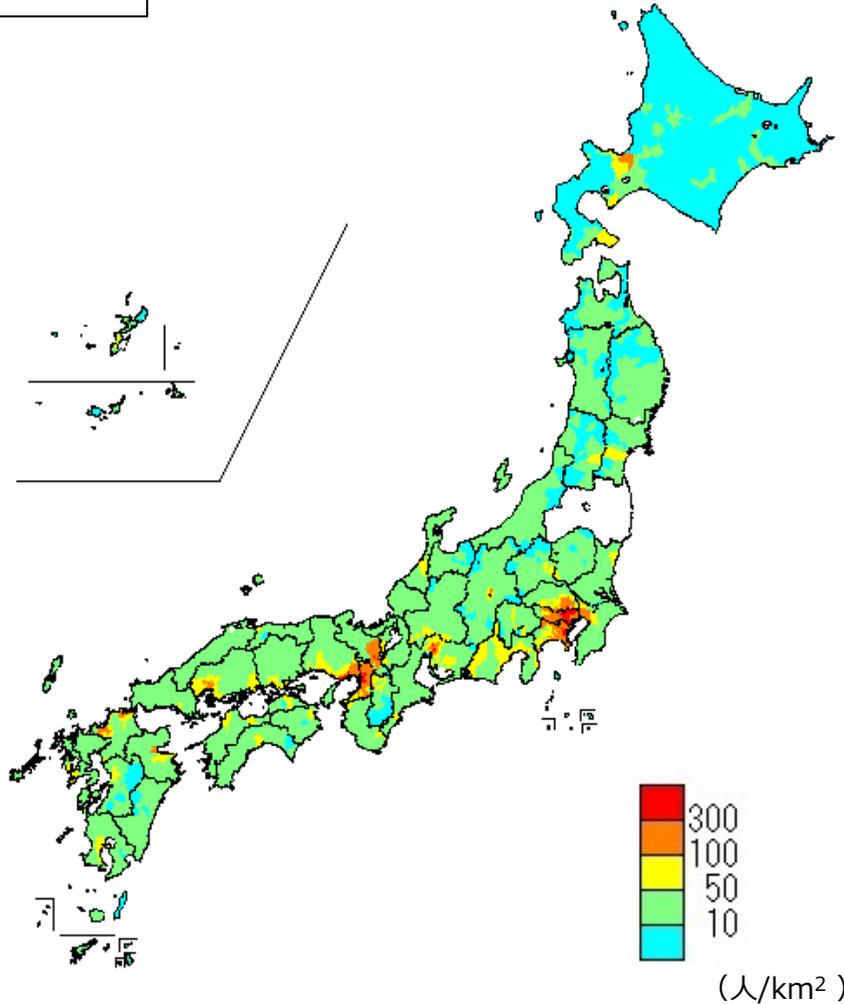


可住地面積当たりの  
介護サービス受給者密度

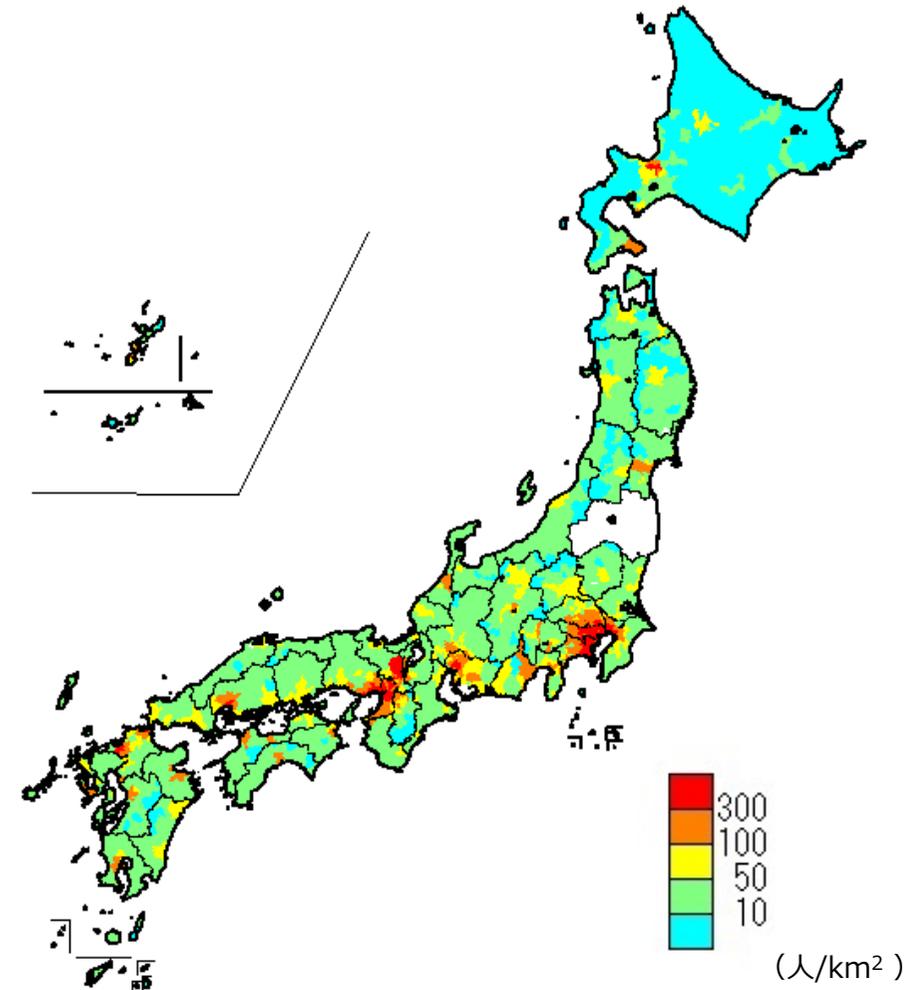
## 2-2-7-2 介護サービス受給者密度の地域特性～全国～

- 介護サービス受給者の密度は、全国的に増加していく傾向であり、特に都心部、地方都市の介護サービス受給者の密度は大きい。

2015年



2035年

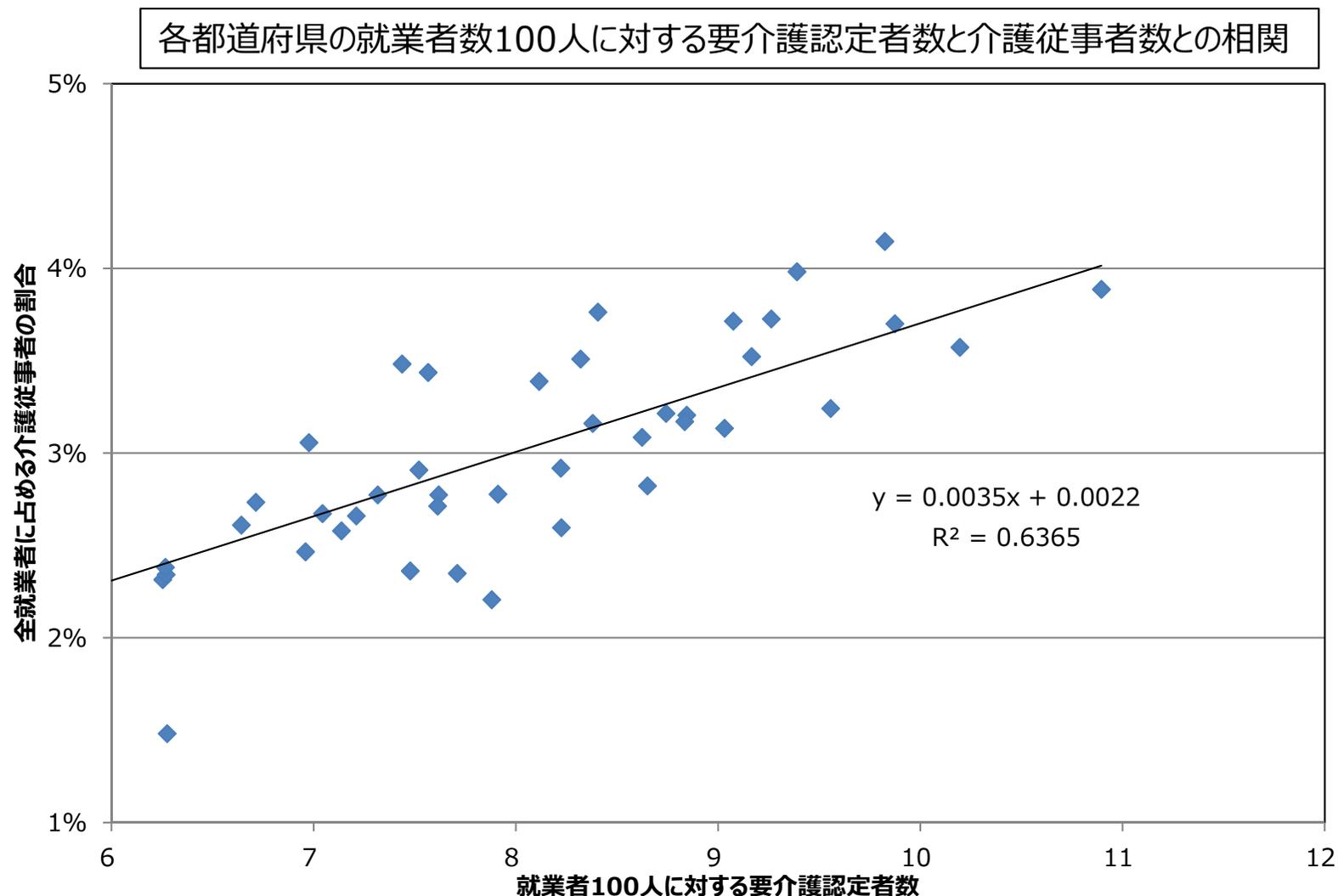


※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

（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年3月推計）」、総務省「人口推計（平成26年10月1日現在）」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」より経済産業省が作成

## 2-2-8-1 要介護認定者数と介護従事者数の相関について

- 就業者に対する要介護認定者数と全就業者に占める介護従事者の割合に相関があり、この相関をもとに市区町村ごとの介護従事者数の割合を試算した。

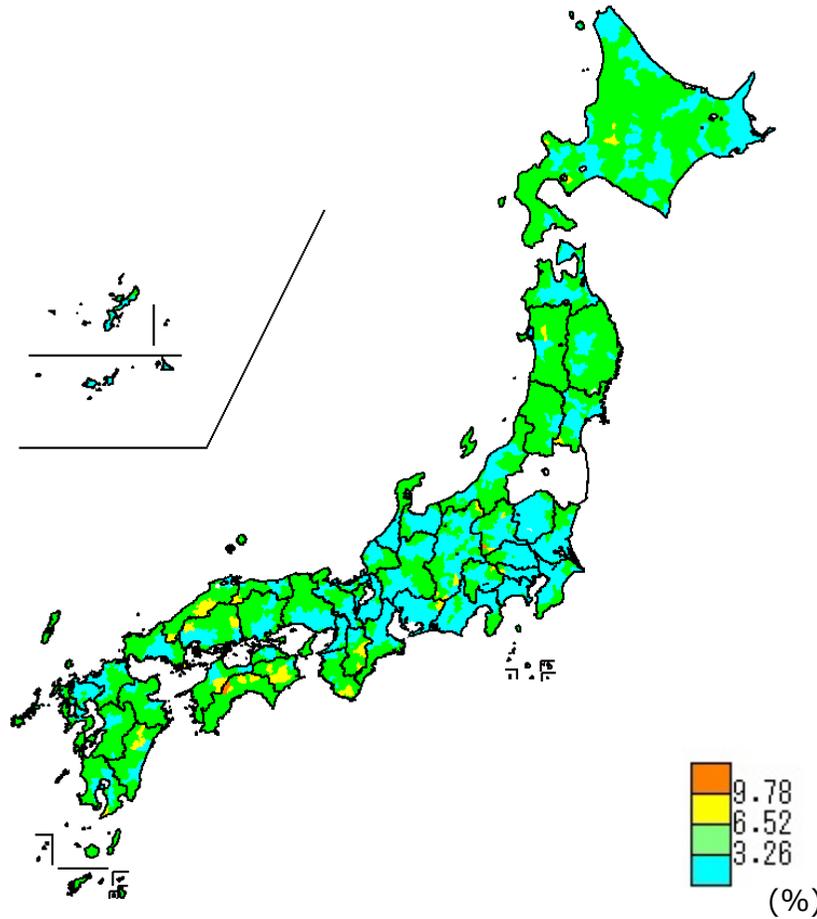


(出典) 総務省「平成21年経済センサス-基礎調査」、総務省「平成22年国勢調査」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告（年報）」より経済産業省が作成。

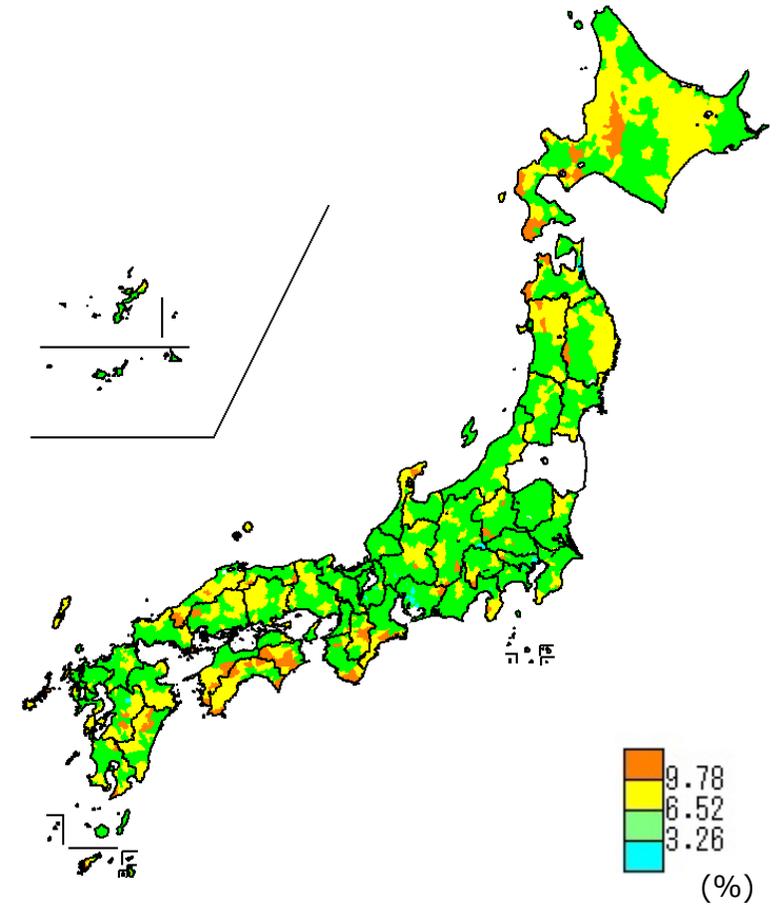
## 2-2-8-2 全就業者に占める介護従事者の割合～全国～

- 2035年には、全就業者に占める介護従事者の割合が、2015年の全国平均（3.26%）の2倍を上回る地域が増えていく見込み。

2015年



2035年

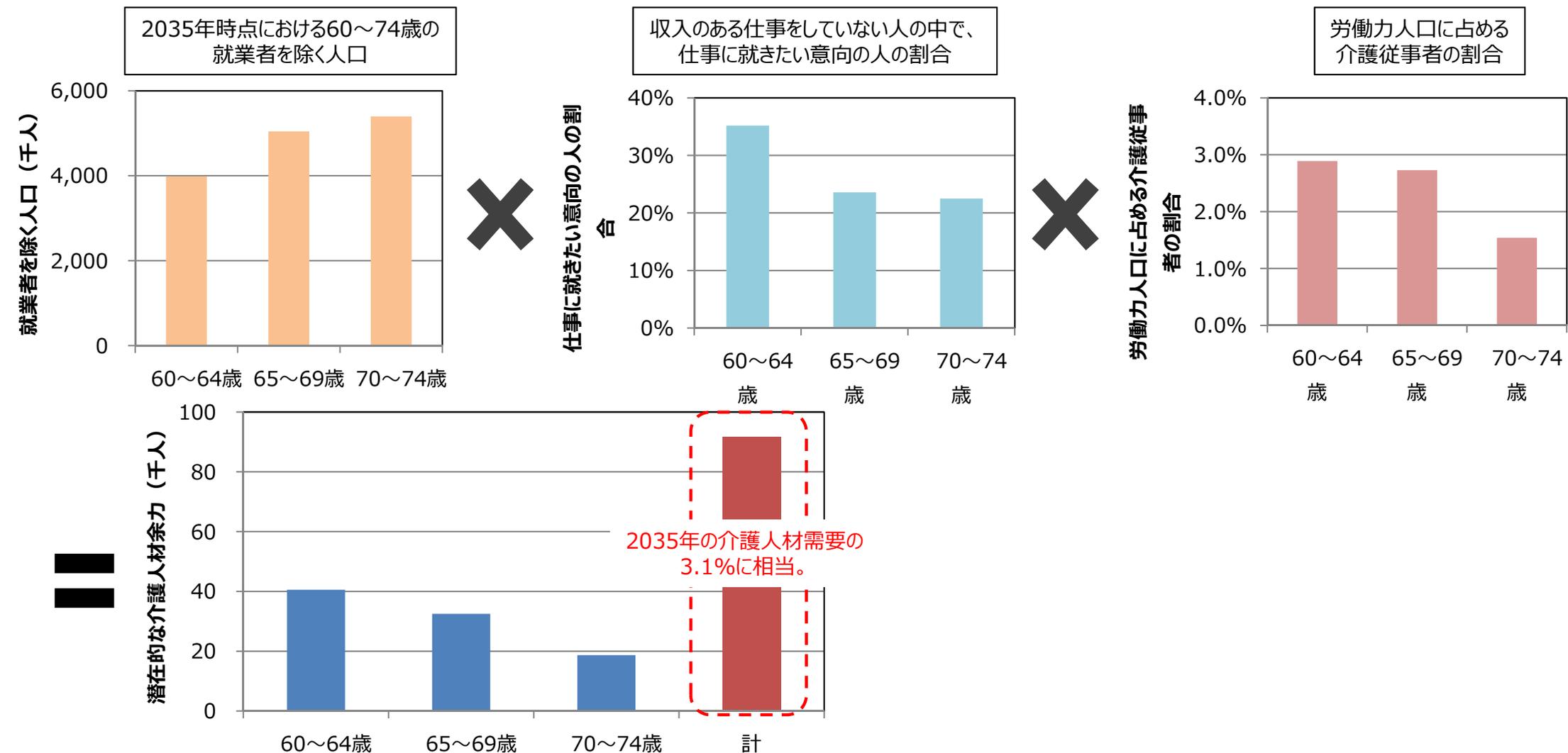


※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。

（出典）総務省「平成21年経済センサス-基礎調査」、総務省「平成22年国勢調査」、  
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）」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告（年報）」、  
厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

## 2-2-9 高齢者の就労促進による効果について

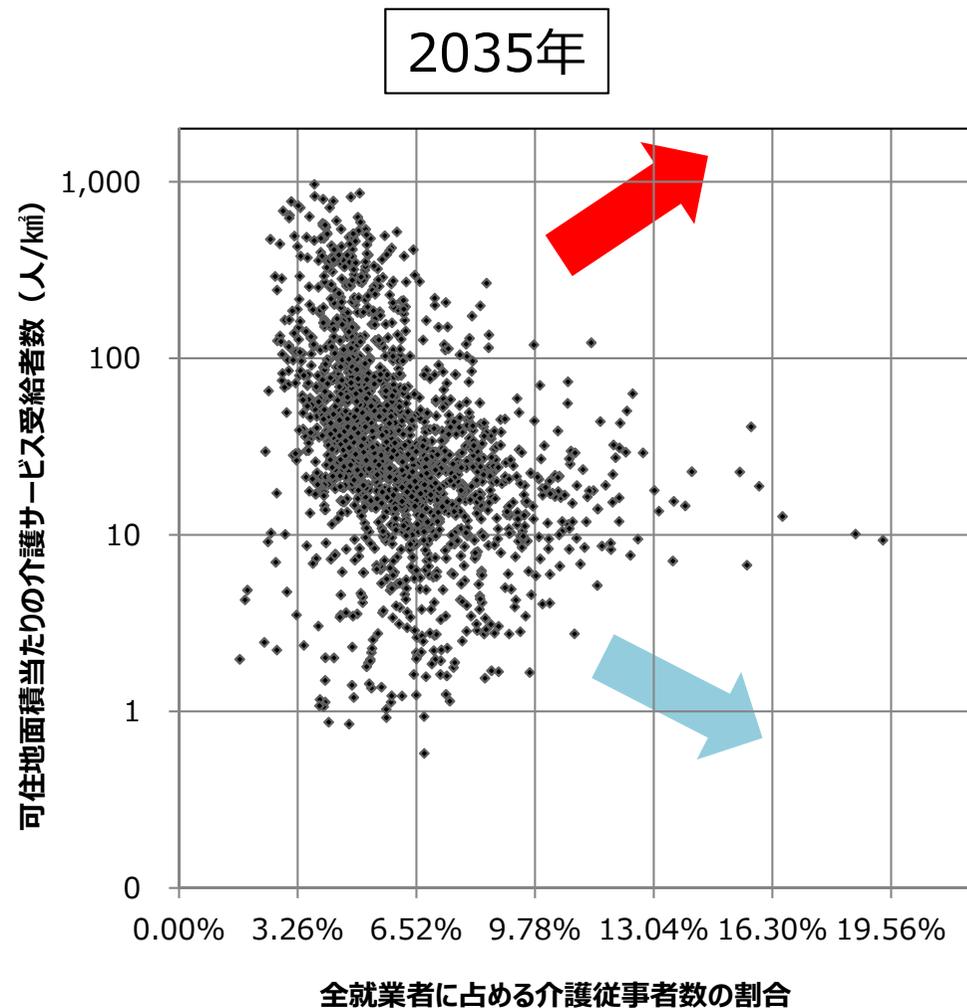
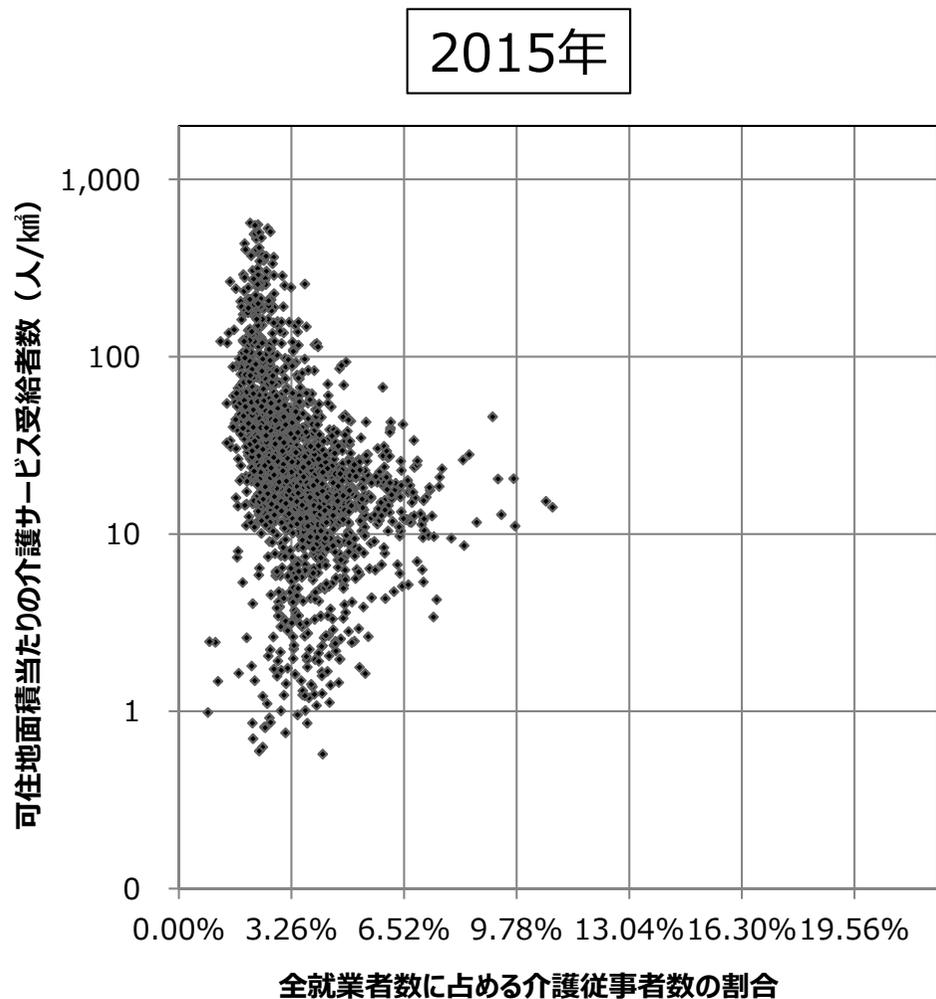
- 高齢者の就労促進による介護職員数に与える効果を試算した。
- 就労を希望する高齢者の就労を進めることで、2035年の介護人材需要の3.1%に相当する人材を確保できる。



(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査結果」、  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より経済産業省が作成

# 2-2-10-1 2035年時点の介護サービス受給者密度と全就業者に占める介護従事者の割合

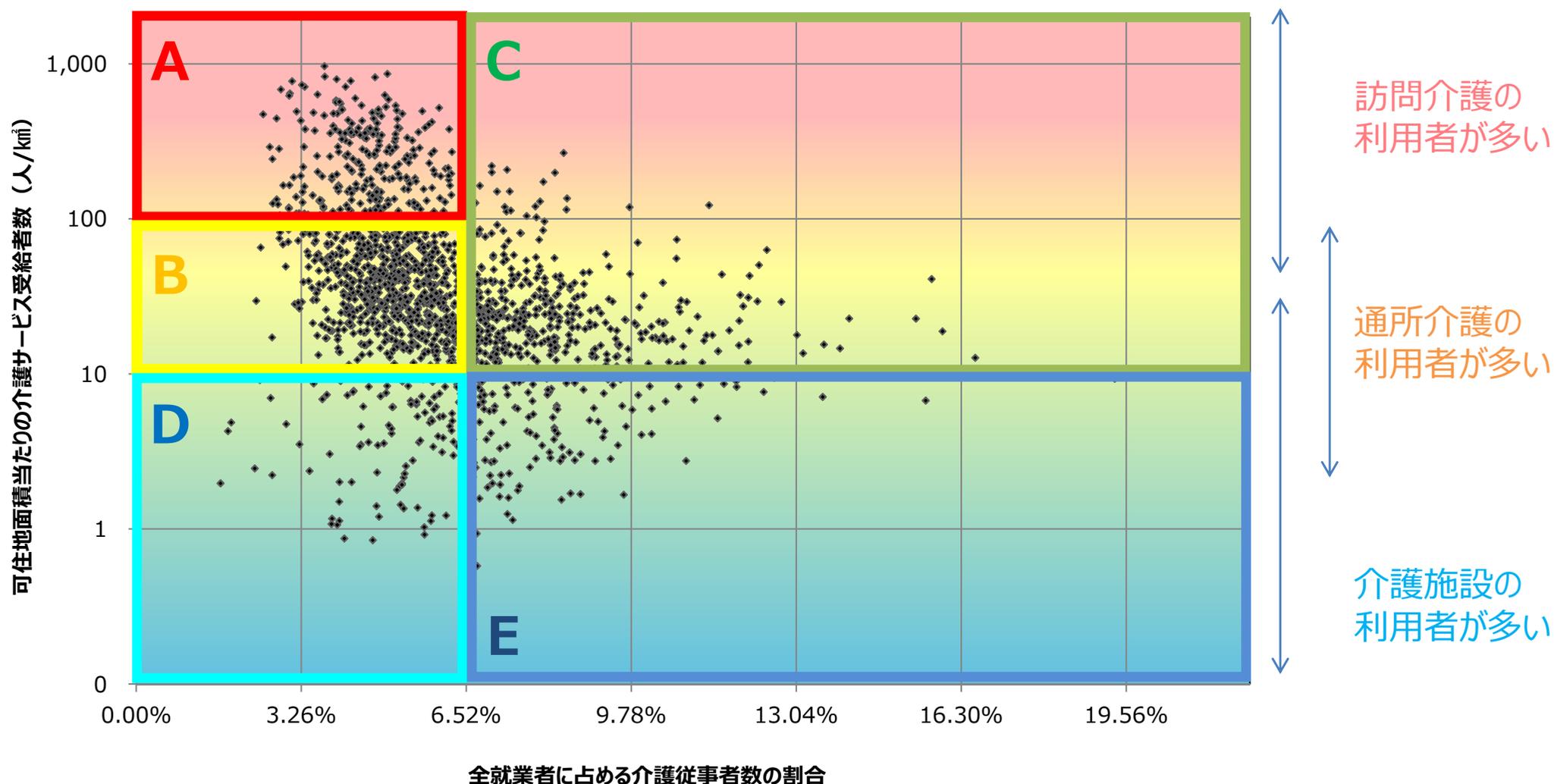
- 市区町村単位で、可住地面積当たりの介護サービス受給者数と、全就業者に占める介護従事者の割合の関係をプロットした。



(出典) 総務省「平成21年経済センサス」、総務省「平成22年国勢調査」、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）」、総務省「人口推計（平成26年10月1日現在）」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告（年報）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

## 2-2-10-2 2035年時点の介護サービス受給者密度と全就業者に占める介護従事者の割合

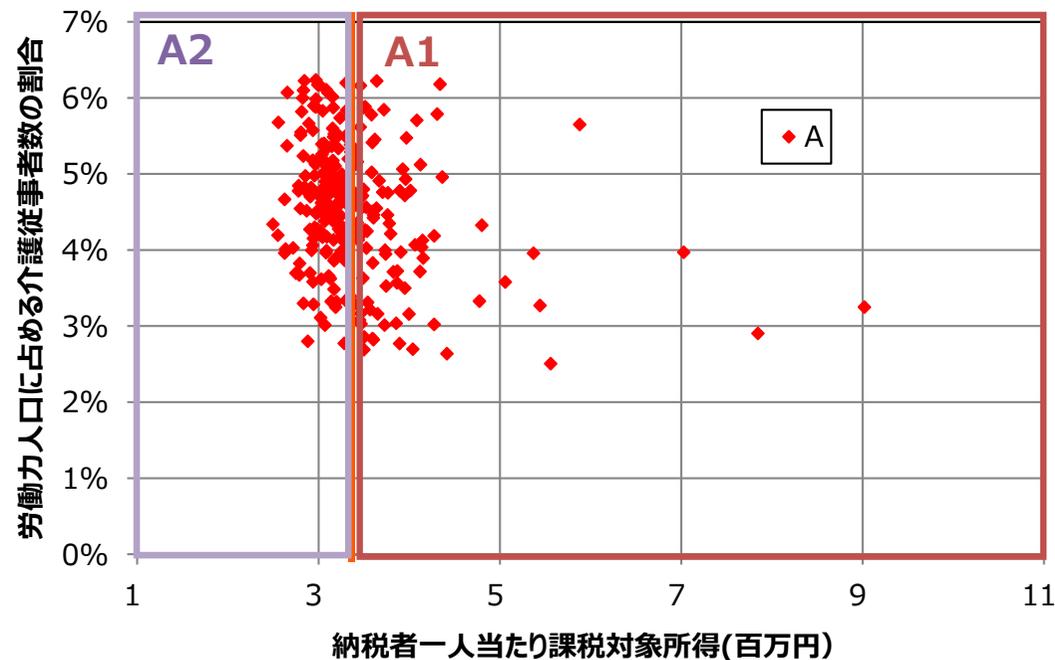
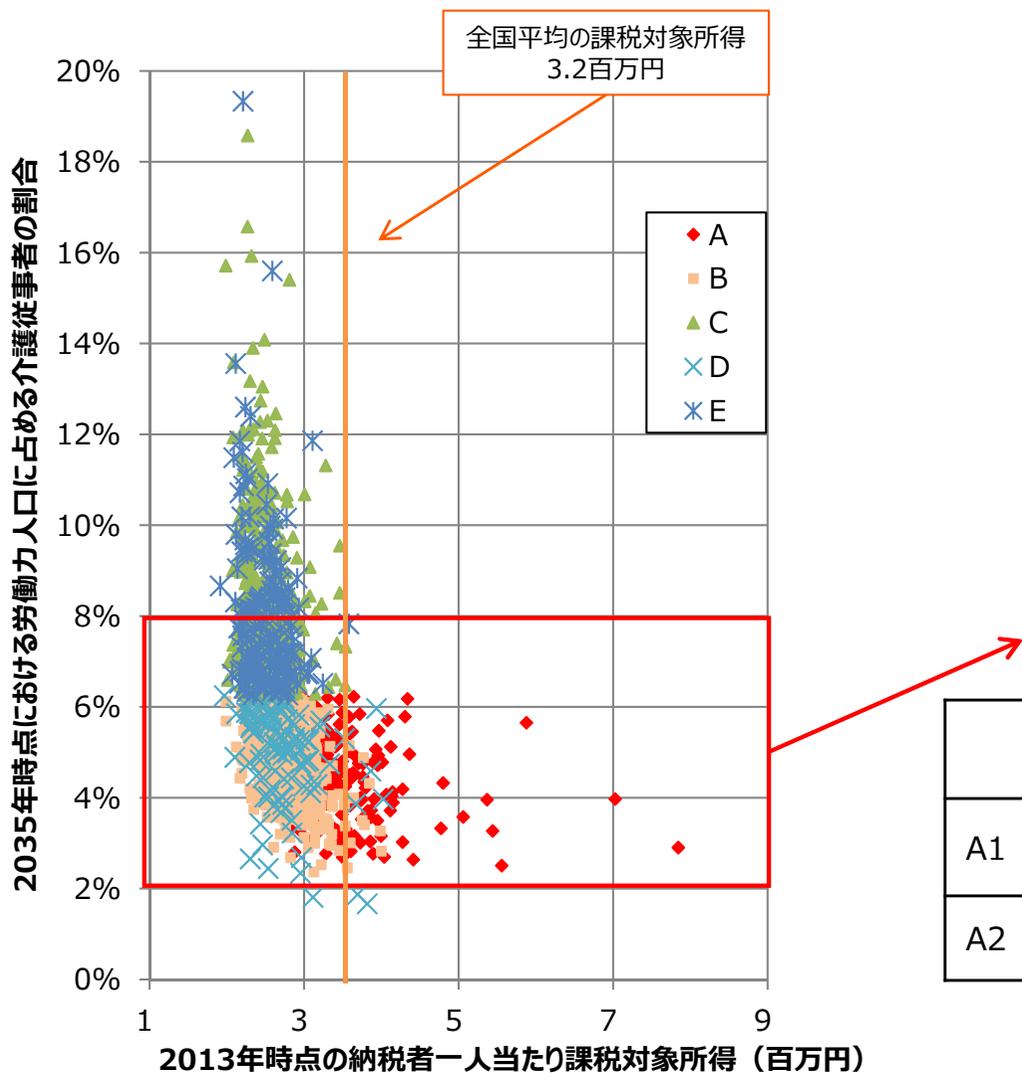
- 介護サービス受給者の密度・労働人口上の制約から、大きく5つに分類される。



(出典) 総務省「平成21年経済センサス」、総務省「平成22年国勢調査」、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）」、総務省「人口推計（平成26年10月1日現在）」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告（年報）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成。

## 2-2-10-3 介護従事者の確保と所得の関係

- Aの地域のうち、平均所得が高い地域においては、全就業者に占める介護従事者の割合が低くても、介護職員の確保が困難になるものと考えられる。

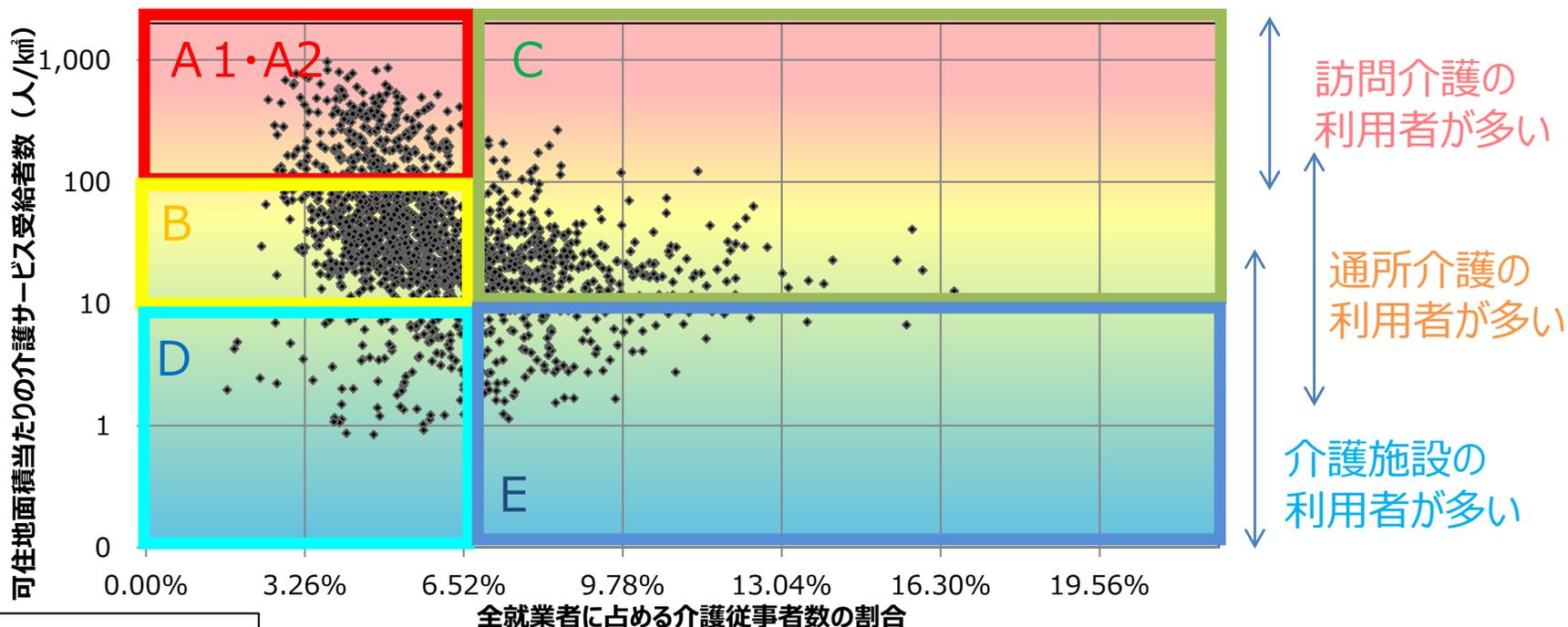


	市区町村数	介護サービス受給者数(2035年,万人)	割合	市区町村例
A1	142	224	66.9%	東京都23区、名古屋市、横浜市
A2	124	111	33.1%	札幌市、大阪市、熊本市

(出典) 総務省「統計で見る市区町村のすがた2015」、総務省「平成21年経済センサス」、総務省「平成22年国勢調査」、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)」、総務省「人口推計(平成26年10月1日現在)」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告(年報)」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成。

# 2-2-10-4 2035年時点の介護サービス受給者密度と全就業者に占める介護従事者の割合

- 2035年において、介護サービス受給者の9割近くがA1、A2、Bの地域に居住している。

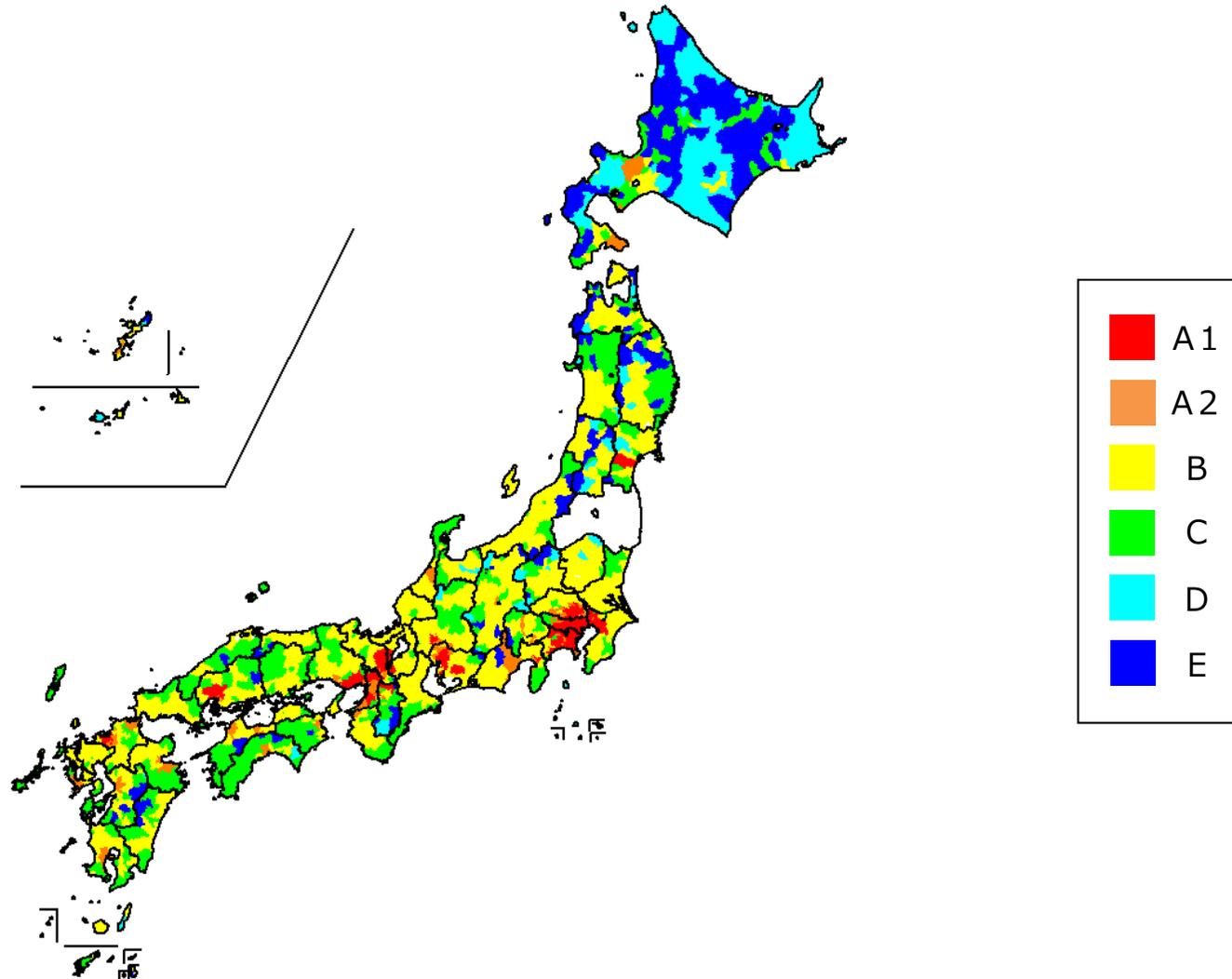


各分類の地域特性	特徴	市区町村数		介護サービス受給者数(万人)		割合(%)	
		2015年	2035年	2015年	2035年	2015年	2035年
		A1	介護サービス受給者の密度が高い一方で、平均所得が高いため労働力の確保が困難な地域。	108	142	108	224
A2	介護サービス受給者の密度が高く、平均所得が比較的低い為に労働力の確保しやすい地域。	47	124	33	111	8.3	17.5
B	訪問介護での収益性の確保が難しく、通所介護、施設介護によるサービス供給が効率的と考えられる地域。	1202	721	248	231	61.7	36.5
C	労働力供給の制約が厳しいが、介護サービス受給者の密度は相対的に高い地域。	40	431	2	58	0.4	9.1
D	介護サービス受給者の密度が低く、施設介護によるサービス供給が効率的と考えられる地域。	274	122	11	5	2.6	0.8
E	過疎化が進んでいる地域であり、労働供給の制約が厳しい地域。	11	142	1	5	0.0	0.9

(出典) 総務省「平成21年経済センサス」、総務省「平成22年国勢調査」、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)」、総務省「人口推計(平成26年10月1日現在)」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告(年報)」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成

## 2-2-11-1 地域特性に応じた対応の方向性について～全国～

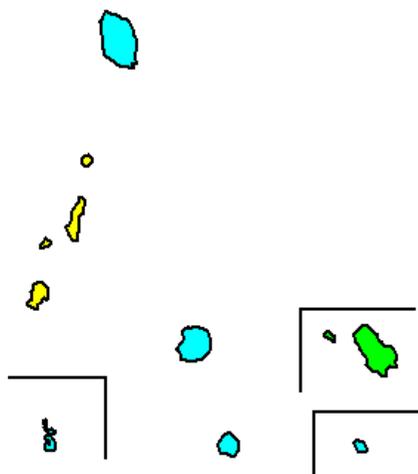
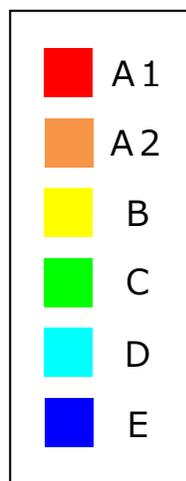
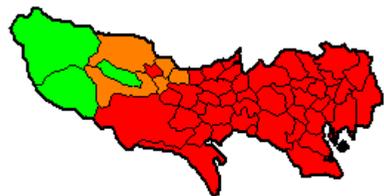
- 都市部・地方都市部では、A 1ないしA2に該当する地域が多く、多くの地域がBに該当する。



(出典) 総務省「平成21年経済センサス」、総務省「平成22年国勢調査」、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）」、総務省「人口推計（平成26年10月1日現在）」、国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告（年報）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より経済産業省が作成。

## 2-2-11-2 地域特性に応じた対応の方向性について（A 1 の地域）

東京都

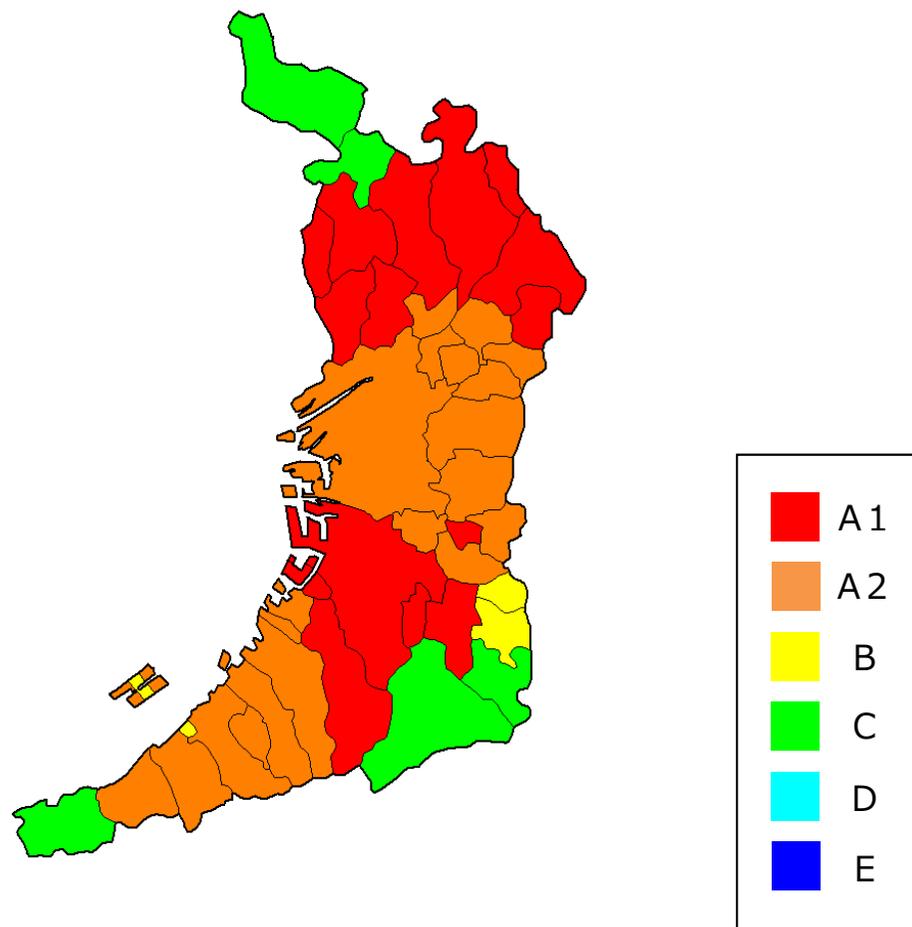


- 介護サービス受給者の密度が高く、また、介護サービス受給者の絶対数が多い。
- 労働力が豊富である一方で、平均所得が高いために介護の労働力の確保が困難に。

- 訪問介護、通所介護でも中長期的に収益性が確保しやすく、訪問サービスと通所サービスによる介護基盤の構築が実現可能。同時に、施設サービス需要も大きくなるため、効率的な施設整備が必要に。
- 高い介護需要密度を活かした生産性向上策の実施などにより、職員の処遇改善、負荷軽減を進めていくことが必要。
- 事業者にとっては、給与水準が高い地域であることから、保険外サービスによる収益を獲得し生産性を向上することが有効。

## 2-2-11-3 地域特性に応じた対応の方向性について（A 2 の地域）

大阪府

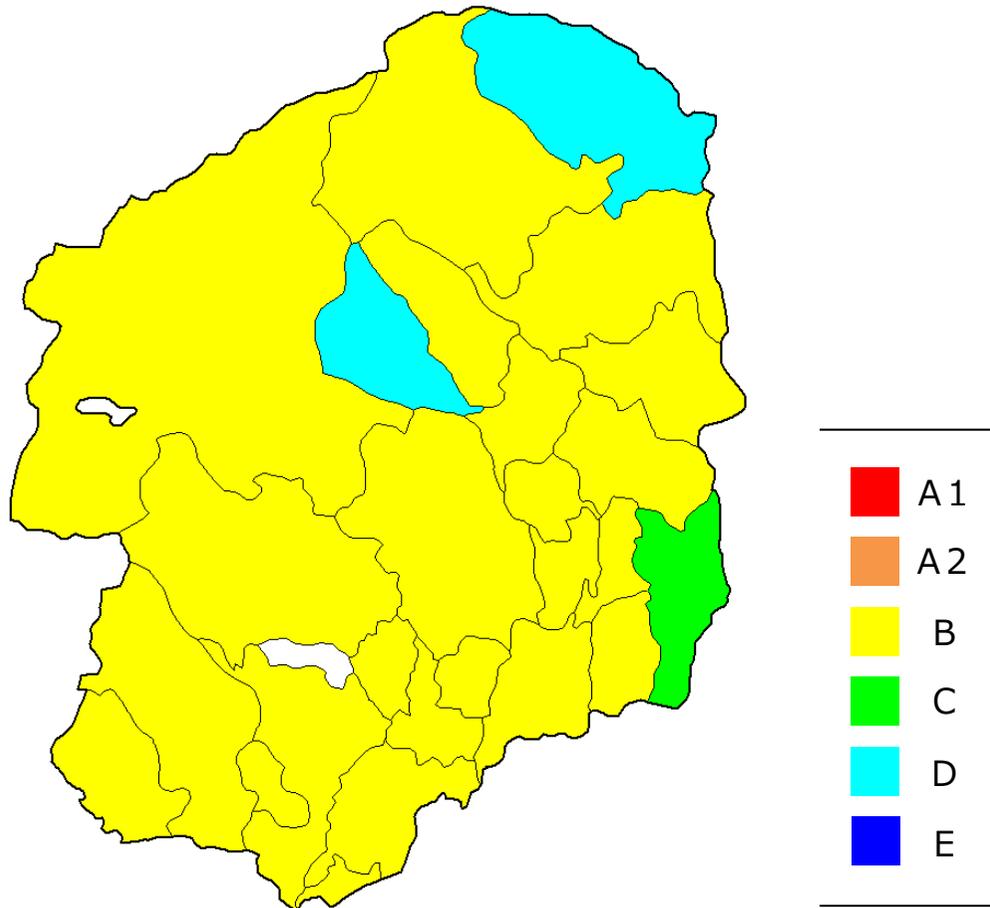


□ 介護サービス受給者の密度が高く、また、介護サービス受給者の絶対数が多い。

□ 訪問介護、通所介護でも中長期的に収益性が確保しやすく、訪問サービスと通所サービスによる介護基盤の構築が実現可能。同時に、施設サービス需要も大きくなるため、効率的な施設整備が必要に。

## 2-2-11-4 地域特性に応じた対応の方向性について（Bの地域）

栃木県

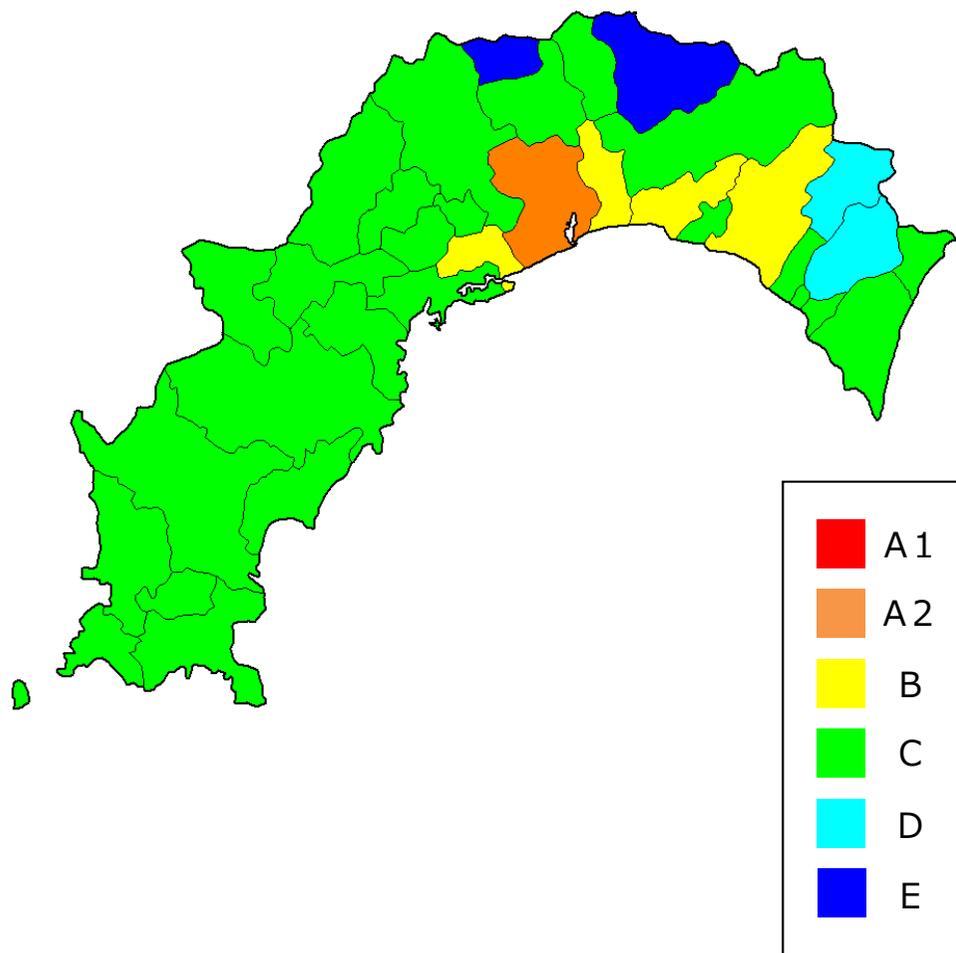


□ 介護サービス受給者の密度が一定程度確保されており、また労働供給の制約は比較的小さいため、相対的に課題は少ない。

□ 相対的に課題は少ないが、中長期的な見通しに基づき、効果的・効率的な介護基盤構築を進めていくことが重要。

## 2-2-11-5 地域特性に応じた対応の方向性について（Cの地域）

高知県



□ 介護職員の確保が困難。

- 労働力の制約からサービス提供の効率性を大幅に向上させる必要があることから、地域全体で介護需要の集約化（中心市街地への移り住み等）や施設サービス中心のサービス提供について検討が必要。
- また、介護人材の絶対量の不足に対応するため、
  - ・高齢者の活躍機会の拡大
  - ・相対的に労働力人口や介護サービスが確保されている地域との連携といったアプローチがより重要に。

## 2-2-11-6 地域特性に応じた対応の方向性について（Dの地域）

### Dに該当する地域（例）

北海道 網走市
青森県 六ヶ所村
東京都 青ヶ島村
長野県 南牧村
岐阜県 白川村
沖縄県 与那国町

- 介護サービス受給者の数についても減少する地域が多い。
- 介護サービス受給者の密度が低いが、労働力の制約は比較的小さい。

- 
- 地域全体で介護需要の集約化（中心市街地への移り住み等）や施設サービス中心のサービス提供の検討が必要。
  - その際、サービス基盤を効率的に確保するため、既存ストック（空き屋や学校等）の活用などの観点が重要に。

## 2-2-11-7 地域特性に応じた対応の方向性について（Eの地域）

### Eに該当する地域（例）

北海道 夕張市
群馬県 南牧村
愛知県 豊根村
奈良県 川上村
鳥取県 日南町
鹿児島県 伊仙町

- 介護サービス受給者の数についても減少する地域が多い。
- 介護サービス受給者の密度が低く、かつ介護職員の確保が困難。

- 中長期的に介護サービス提供を確保することが困難な可能性があるため、隣接地域との連携や、介護需要の大幅な集約等、地域づくり・まちづくりと一体となった対応を検討することが必要。

## 2-2-12 示唆と対応の方向性の整理

地域特性分類	介護需要密度	介護職員	所得水準	サービス提供の方向性
A1	高い	確保が難しい	高い	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 訪問介護、通所介護でも中長期的に収益性が確保しやすく、訪問サービスと通所サービスによる介護基盤の構築が実現可能。同時に、施設サービス需要も大きくなるため、効率的な施設整備が必要に。</li> <li>□ 高い介護需要密度を活かした生産性向上策の実施などにより、職員の処遇改善、負荷軽減を進めていくことが必要。</li> </ul>
A2	高い	相対的に確保しやすい	相対的に低い	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 訪問介護、通所介護でも中長期的に収益性が確保しやすく、訪問サービスと通所サービスによる介護基盤の構築が実現可能。同時に、施設サービス需要も大きくなるため、効率的な施設整備が必要に。</li> </ul>
B	低い	相対的に確保しやすい	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 相対的に課題は少ないが、中長期的な見通しに基づき、効果的・効率的な介護基盤構築を進めていくことが重要。</li> </ul>
C	-	確保が難しい	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 労働力の制約からサービス提供の効率性を大幅に向上させる必要があることから、地域全体で介護需要の集約化（中心市街地への移り住み等）や施設サービス中心のサービス提供について検討が必要。</li> <li>□ また、介護人材の絶対量の不足に対応するため、高齢者の活躍機会の拡大、相対的に労働力人口や介護サービスが確保されている地域との連携といったアプローチがより重要に。</li> </ul>
D	極めて低い※介護サービス受給者の数が減少する地域が多い	相対的に確保しやすい	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 地域全体で介護需要の集約化（中心市街地への移り住み等）や施設サービス中心のサービス提供の検討が必要。</li> <li>□ その際、サービス基盤を効率的に確保するため、既存ストック（空き屋や学校等）の活用などの観点が必要に。</li> </ul>
E	極めて低い ※介護サービス受給者の数が減少する地域が多い	確保が難しい	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 中長期的に介護サービス提供を確保することが困難な可能性があるため、隣接地域との連携や、介護需要の大幅な集約等、地域づくり・まちづくりと一体となった対応を検討することが必要。</li> </ul>
共通	介護サービス受給者の所得水準や単身世帯率などの地域特性も勘案したサービス提供の在り方を検討することが必要。			

- 介護保険事業計画（3年ごと）に加え、地域ごとに、例えば2035年を目標年次としたサービス提供の中長期的な方向性（ビジョン）を策定し、その実現に向けて効果的かつ効率的に政策資源を投じていく発想が必要ではないか。
- 地域ごとの訪問介護、通所介護、施設介護の立地適性やまちづくりの方向性が極めて多様となることから、地域ごとの特性に合わせた介護報酬制度の柔軟な運用を可能とする仕組みも検討の余地があるのではないか。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

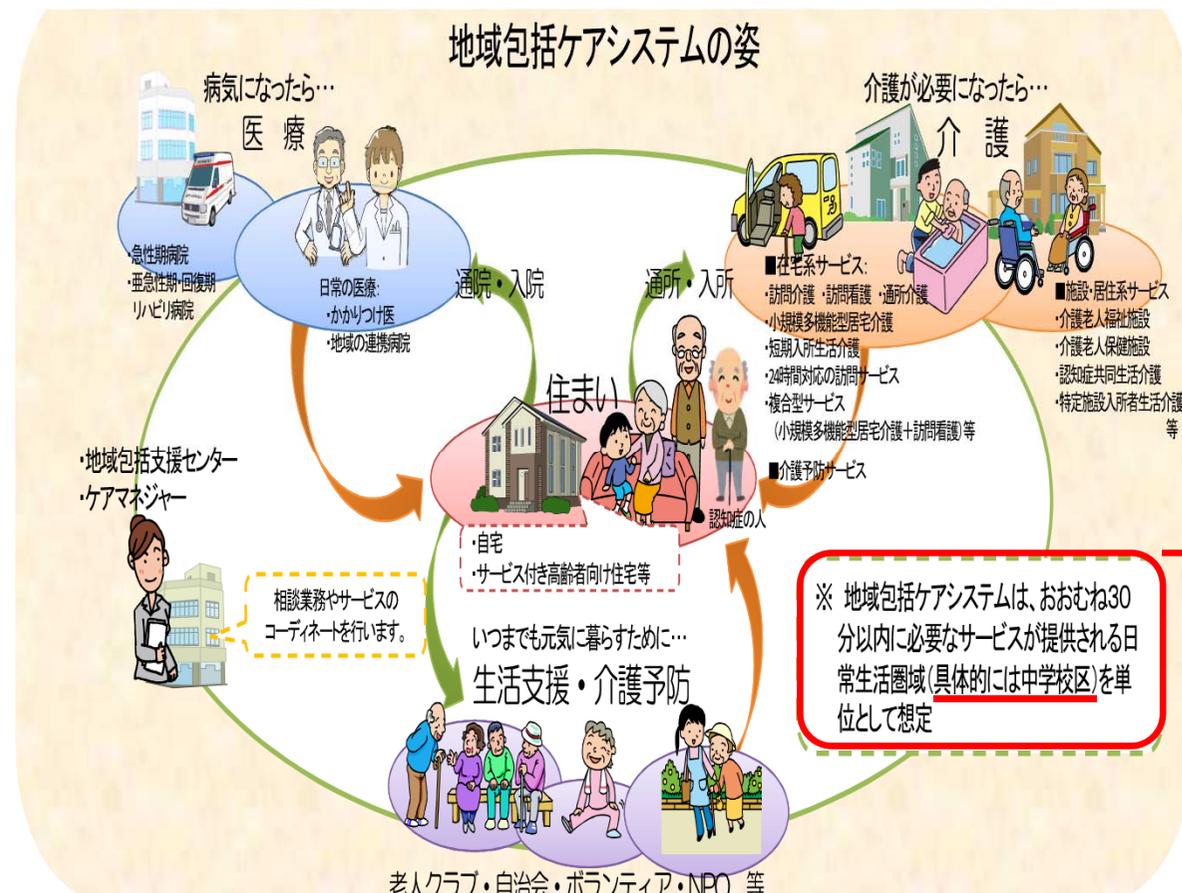
- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

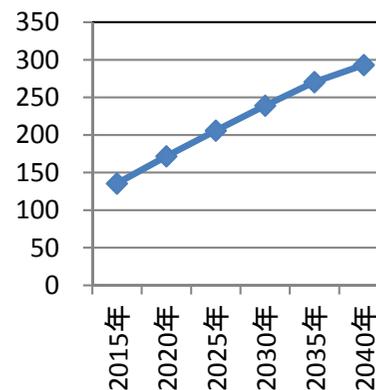
# 2-2-13-1 日常生活圏域（地域包括ケアの基本単位）における介護サービス受給者の数

- 将来の介護需要の動向を踏まえると、地域包括ケアの基本単位である日常生活圏域内の介護サービス受給者の数に大きくばらつきが生じる。
- 日常生活圏域の設定は地域ごとの特性に応じて設定されているが、中学校区をその基礎的な単位と仮定して、将来の介護サービス受給者数の地域特性を比較する事で、効果的かつ効率的な地域包括ケア実現のための介護サービス提供の「規模」について分析した。



<推計方法>

介護サービス受給者数の密度

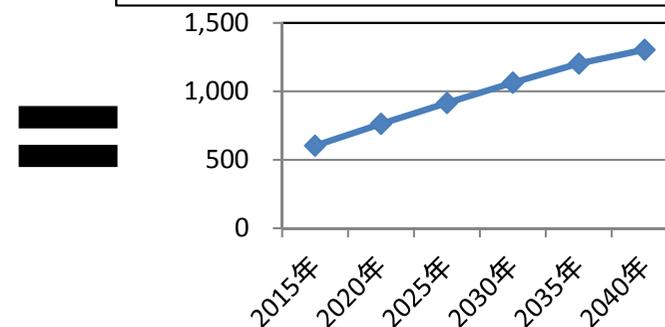


日常生活圏域の面積

$$\frac{\text{可住地面積}}{\text{市区町村立の中学校数}}$$

×

日常生活圏域における介護サービス受給者数

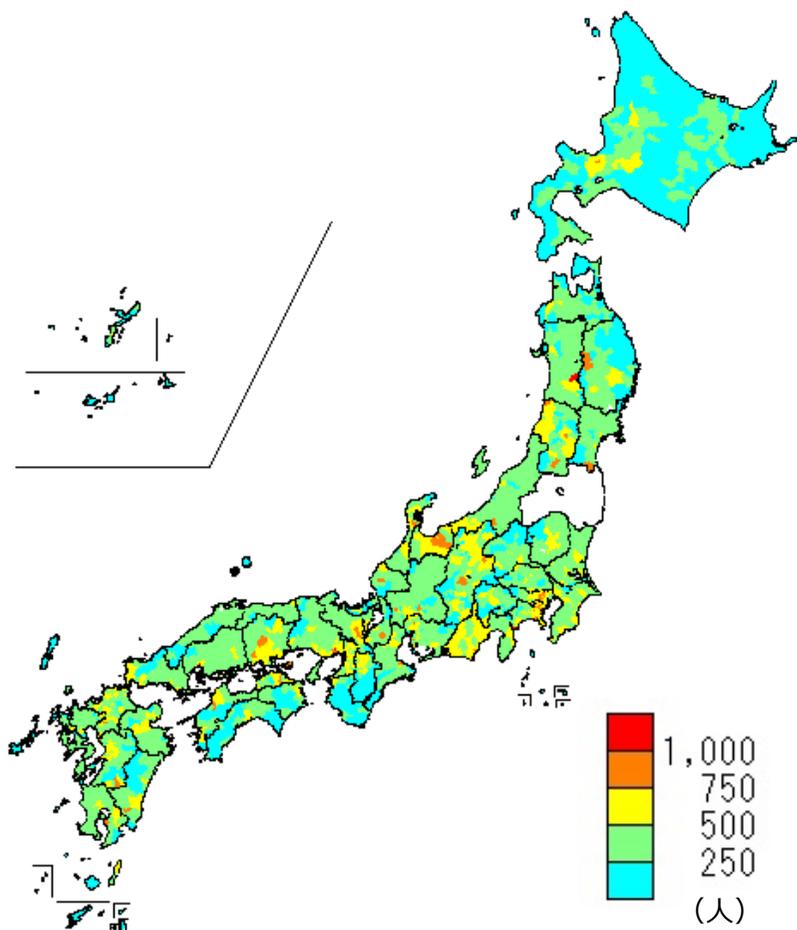


=

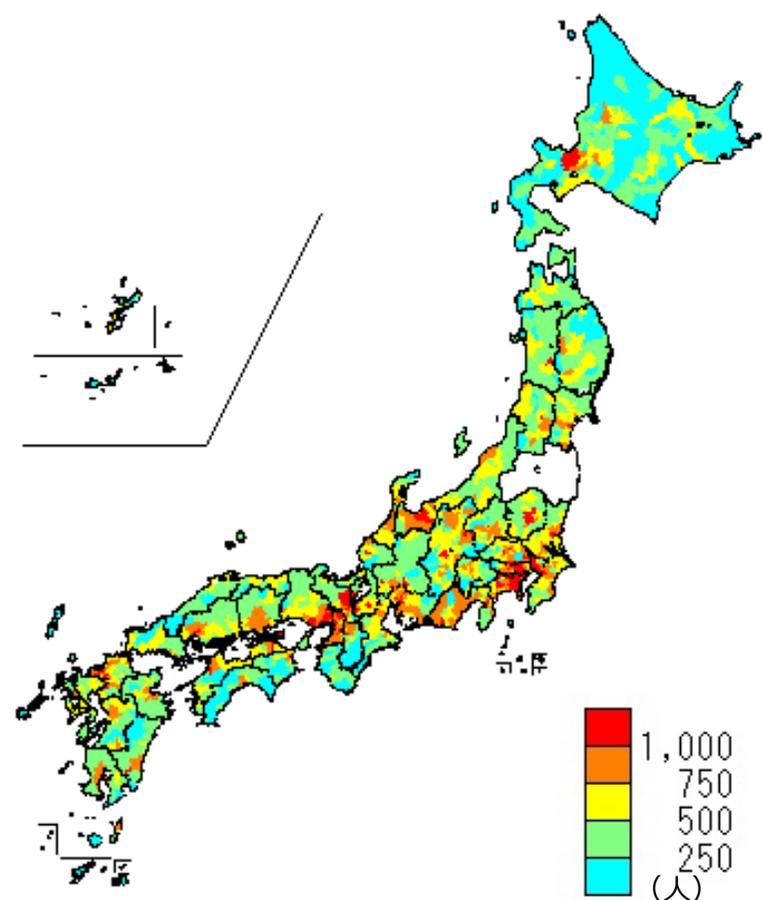
## 2-2-13-2 日常生活圏域（地域包括ケアの基本単位）における介護サービス受給者の数～全国～

- 日常生活圏域での介護サービス受給者数は地域ごとに異なっており、最大値と最小値で500倍程度の差が生じる見込み。

2015年



2035年

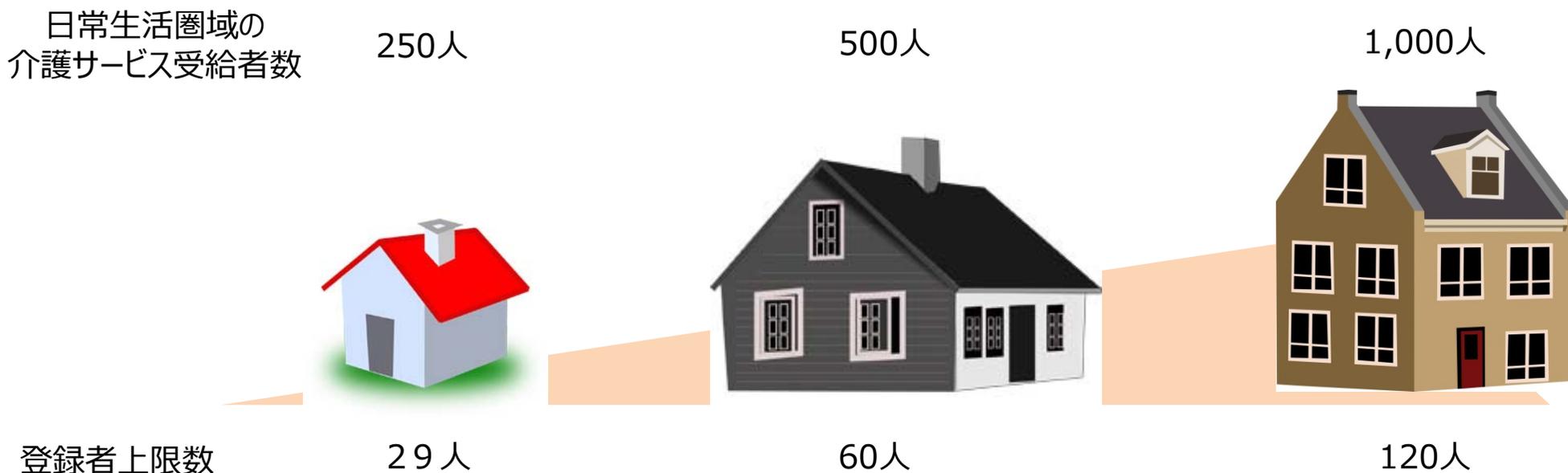


※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）で福島県の市町村別の推計結果がない為、福島県の推計は除く。  
 (出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」、総務省「人口推計（平成26年10月1日現在）」、  
 国土地理院「平成25年全国都道府県市区町村別面積調」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、文部科学省「平成26年度学校基本調査」  
 より経済産業省が作成

## 2-2-14 日常生活圏域（地域包括ケアの基本単位）における対応の方策

- 地域包括ケアの単位である日常生活圏域における介護サービス受給者数は地域間で大きく異なり、その差は今後も拡大する傾向。
- 都市部では日常生活圏域で1,000人規模の介護サービス受給者数となる見込みである一方、地方では数十人規模に留まる地域も存在する。
- 一方で、地域密着型サービスの施設定員は全国一律（29人以下）となっているため、地域の介護需要規模に即した地域密着型サービスの効率的な整備が図りにくい。
- 日常生活圏域に所在する介護サービス受給者の数に応じて地域密着型サービスの定員数を柔軟に運用する発想も必要ではないか。

イメージ図



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 分析の方向性について
  - ② 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ③ 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- ① 質・生産性向上のための方策の分析の方向性について
- ② 質・生産性の向上方策について
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-2-15 保険者ごとの要介護認定率と関連する要素について

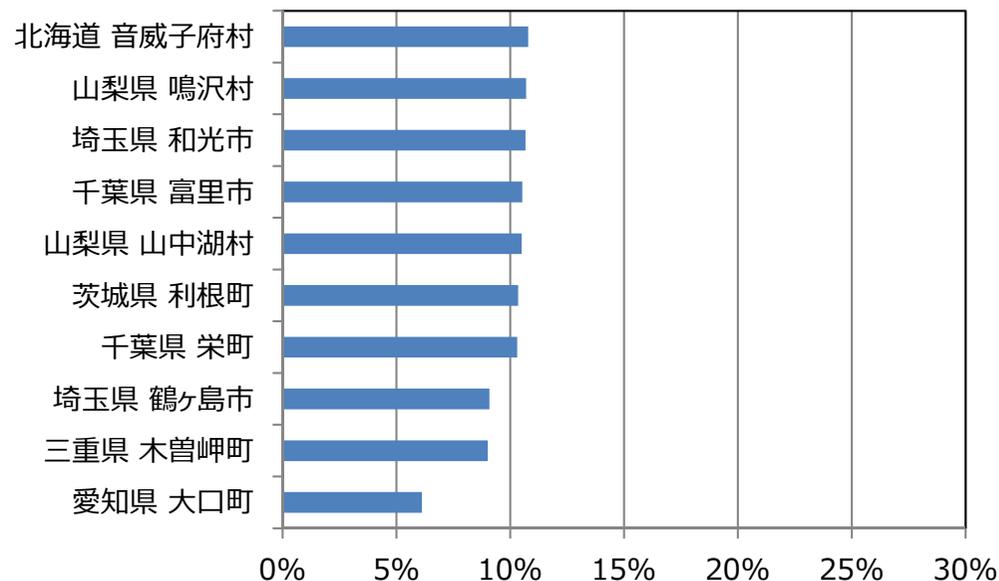
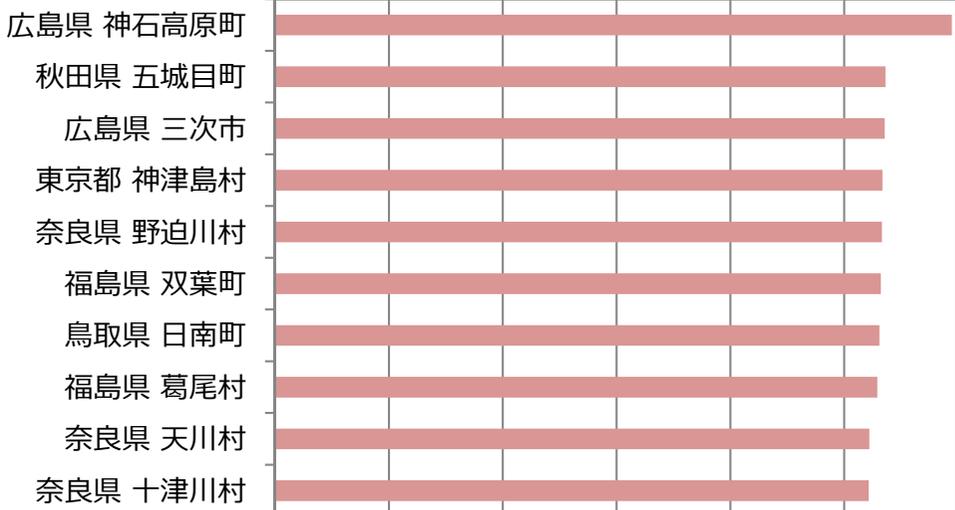
- 保険者ごとに要介護認定率を比較すると、地域特性が認められる。
- 全国一律の基準に基づく要介護認定制度の公平・公正な運用という観点や、要介護度の改善や保険料負担の抑制といった観点から、地域特性の原因となる要素を検証した上で政策対応の方向性を抽出することが必要ではないか。

要介護認定率上位10位

要介護認定率下位10位

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%

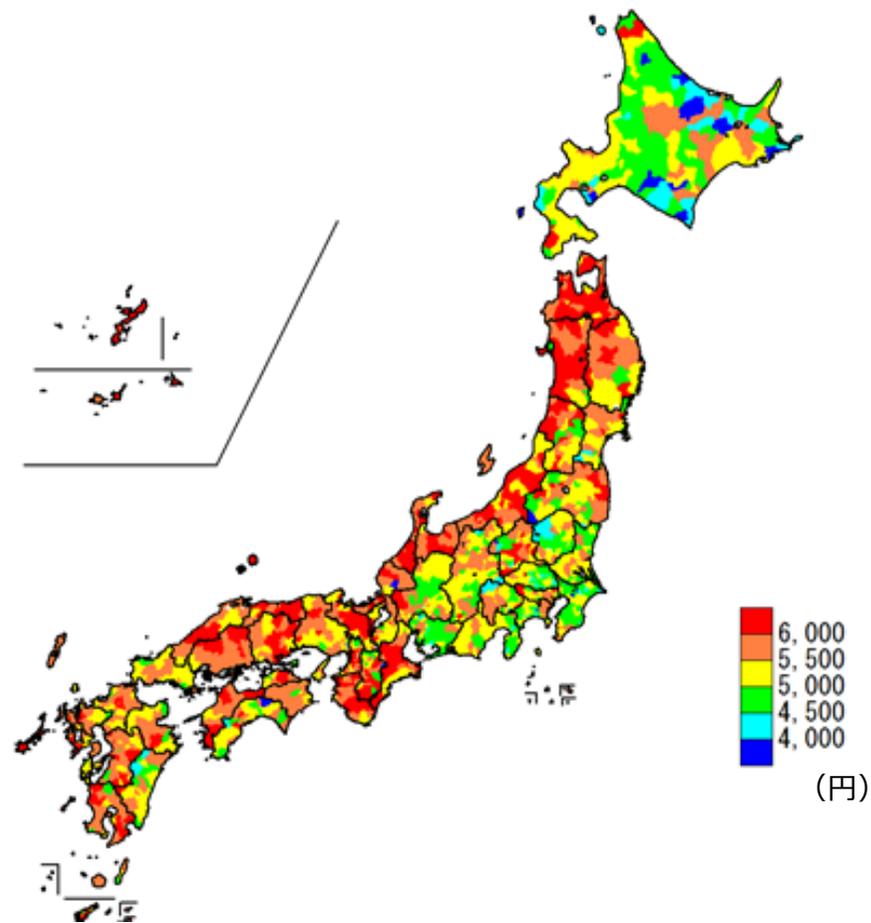


全国平均：17.8% 標準偏差：3.0%

## 2-2-16 保険者ごとの第一号保険料

- 保険者ごとに第一号保険料を比較すると、最大で6,000円近い地域特性が認められる。

第6期計画期間（平成27年度～平成29年度）の第一号保険料



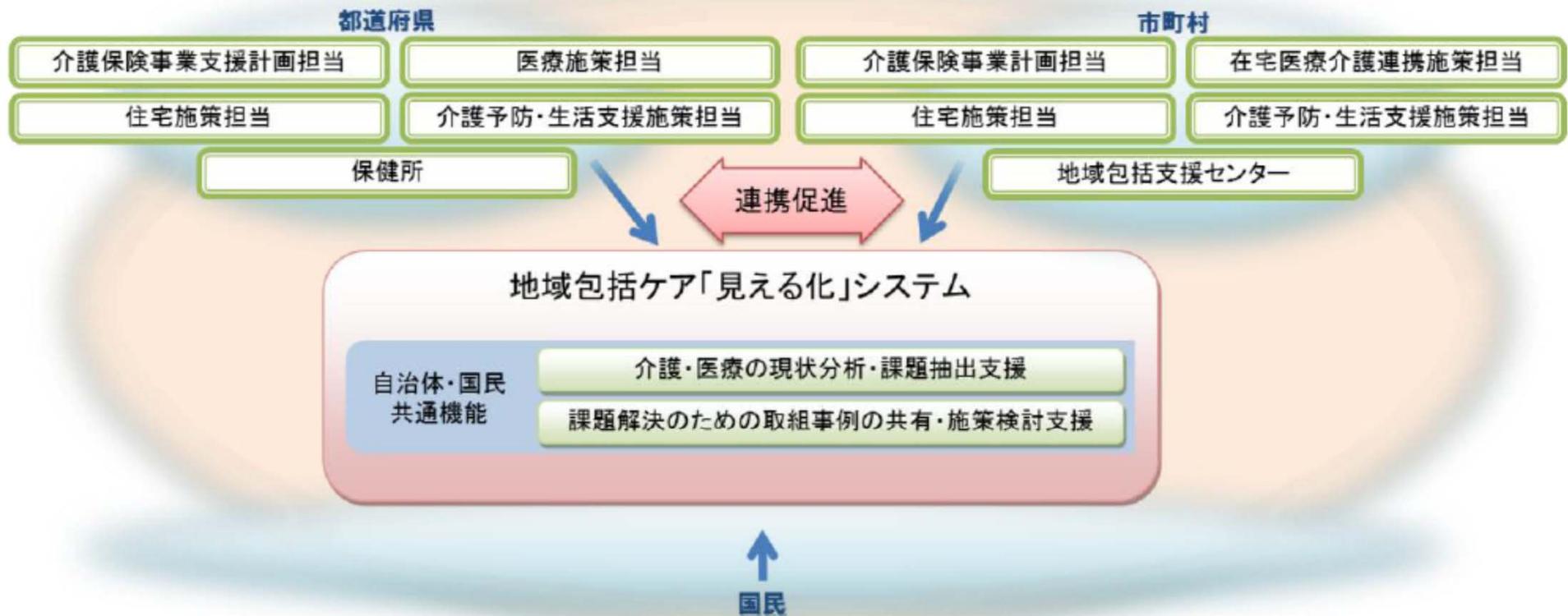
第一号保険料の上位10位と下位10位の保険者名

上位			下位		
	保険者名	第一号保険料		保険者名	第一号保険料
1	奈良県天川村	8,686	1	鹿児島県三島村	2,800
2	福島県飯舘村	8,003	2	北海道音威子府村	3,000
3	奈良県黒滝村	7,800	3	北海道中札内村	3,100
4	岡山県美咲町	7,800	4	福島県檜枝岐村	3,340
5	福島県双葉町	7,800	5	北海道平取町	3,500
6	福島県三島町	7,528	6	北海道興部町	3,500
7	福島県大熊町	7,500	7	高知県大豊町	3,700
8	福島県葛尾村	7,500	8	千葉県四街道市	3,700
9	青森県三戸町	7,500	9	北海道遠軽町	3,700
10	鹿児島県瀬戸内町	7,450	10	北海道奥尻町	3,700

## 2-2-17 地域包括ケア「見える化」システムについて

- 厚生労働省が運営する地域包括ケア「見える化」システムにおいて、介護保険総合データベース及び各種公的統計情報を活用した、日常生活圏域別の介護保険事業の現状について閲覧が可能。
- こうしたシステムの利用と併せて、これまで述べてきた中長期的な地域特性の状況も踏まえながら、効果的・効率的な介護サービス提供の在り方について検討していくことが重要。

### 地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）のイメージ



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-3-0 質・生産性向上のための方策の分析の方向性について

- 本項において、第一章及び第二章 1～2 の分析の中から抽出された課題に対する処方箋として有効な、介護サービスの質・生産性向上のための方策及びそのインパクトについて下記の構造に沿って整理・分析した。

### 介護サービスの質と生産性向上の方策とインパクトの分析

介護サービスの質・生産性向上の方策の概観

IT・機器等テクノロジーの活用による生産性向上

機器等活用による労働時間の短縮

機器等活用による労働負荷の軽減

データ利活用等による介護の質の向上

オペレーション効率化等による生産性向上

大規模化・複合化による効率化

集住等による介護(予防)サービス受給者の密度向上による効率化

保険外サービスの拡大による事業性の向上

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

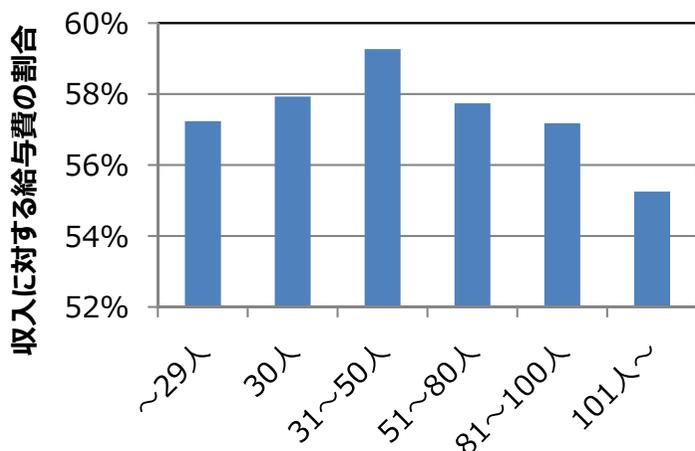
1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-3-1 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について

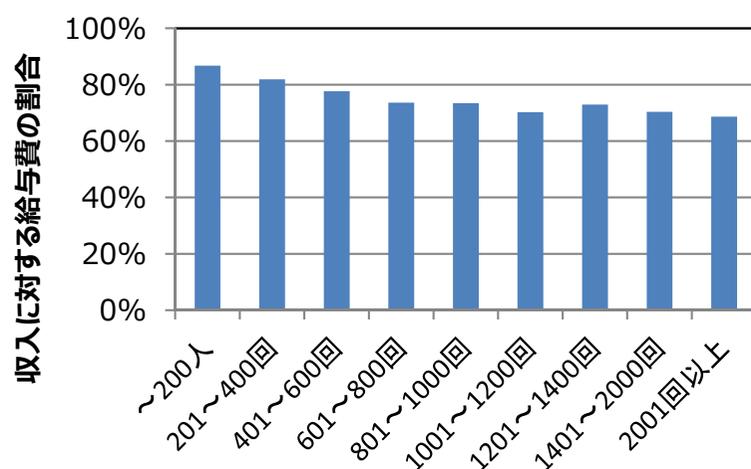
- 介護サービスは訪問介護で事業所の収入に対する給与比率が7割～9割、介護老人福祉施設でも5割を超えるなど、極めて労働集約的な産業構造となっている。
- 人材の確保、職員の待遇改善、国民負担の抑制などを実現するためには、介護サービス提供に係る労働時間の短縮、労働負荷の軽減が不可欠。
- まず本節では、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護それぞれにおける労働負荷の分布について概観した。

各サービス類型ごとの人件費比率（事業所収入に占める給与費の割合）について

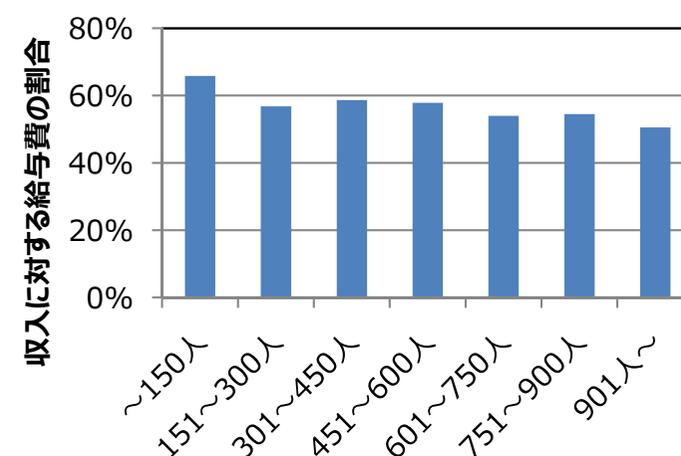
介護老人福祉施設



訪問介護



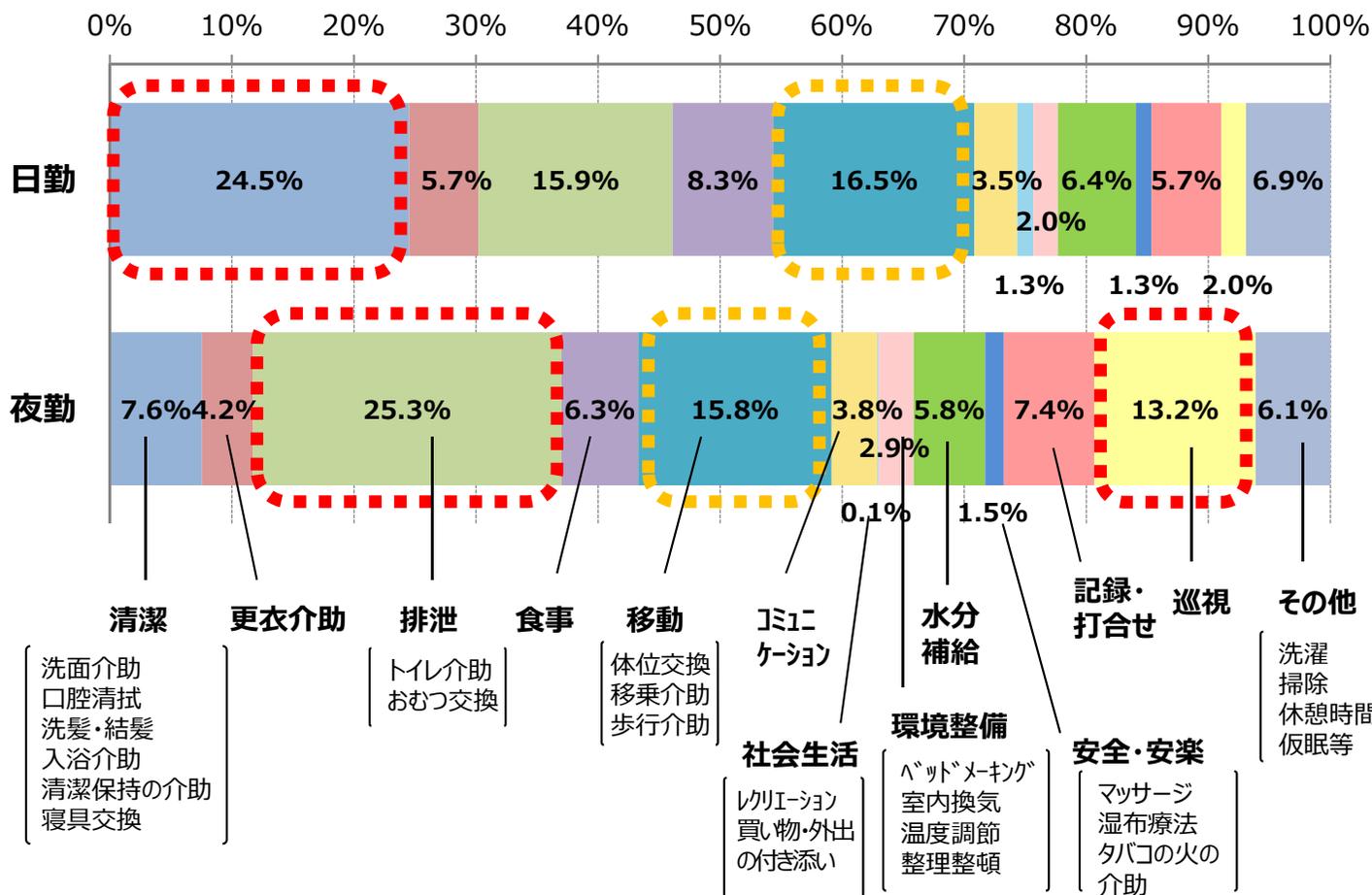
通所介護



## 2-3-2 特別養護老人ホームにおける業務負担割合

- 特別養護老人ホームにおける業務負担割合は、日勤と夜勤により異なる。日勤においては、入浴介助等の清潔に関する業務が大きな割合を占め、夜勤においては、排泄・巡視が大きな割合を占める。
- 移動（体位交換、移乗介助、歩行介助）は、日勤・夜勤ともに15%以上の割合を占める。
- 間接業務（記録・打合せ、その他）は、日勤・夜勤ともに13%前後。

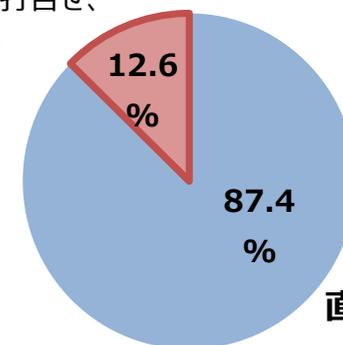
介護職員の1日1人平均従事時間割合



日勤

間接業務

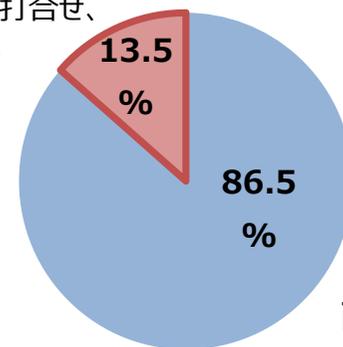
記録・打合せ、その他



夜勤

間接業務

記録・打合せ、その他

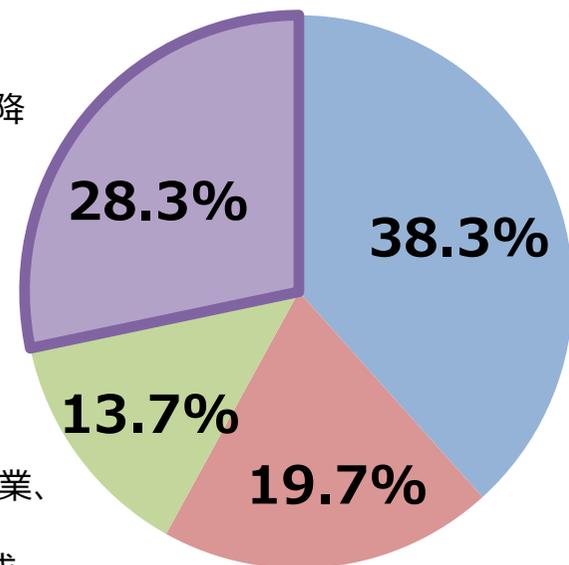
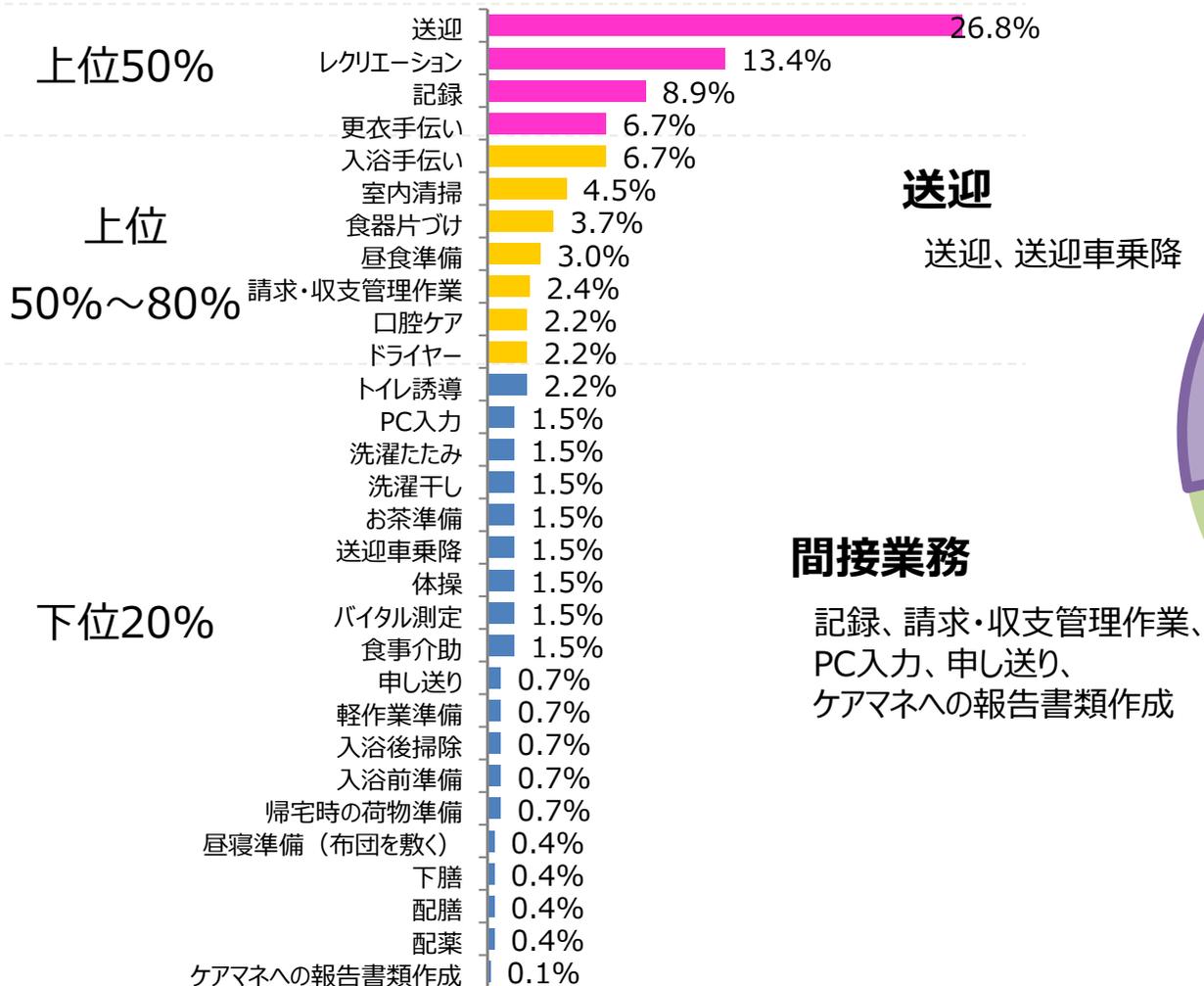


## 2-3-3 通所介護における業務負担割合

- 通所介護における業務負担割合は、送迎に関係する時間が全体の28%を占める。

通所介護における業務負担割合 ※特定の施設における調査データ

累積区分



**送迎**

送迎、送迎車乗降

**直接介護**

レクリエーション、更衣手伝い、入浴手伝い、口腔ケア、ドライヤー、トイレ誘導、体操、バイタル測定、食事介助、配薬

**間接業務**

記録、請求・収支管理作業、PC入力、申し送り、ケアマネへの報告書類作成

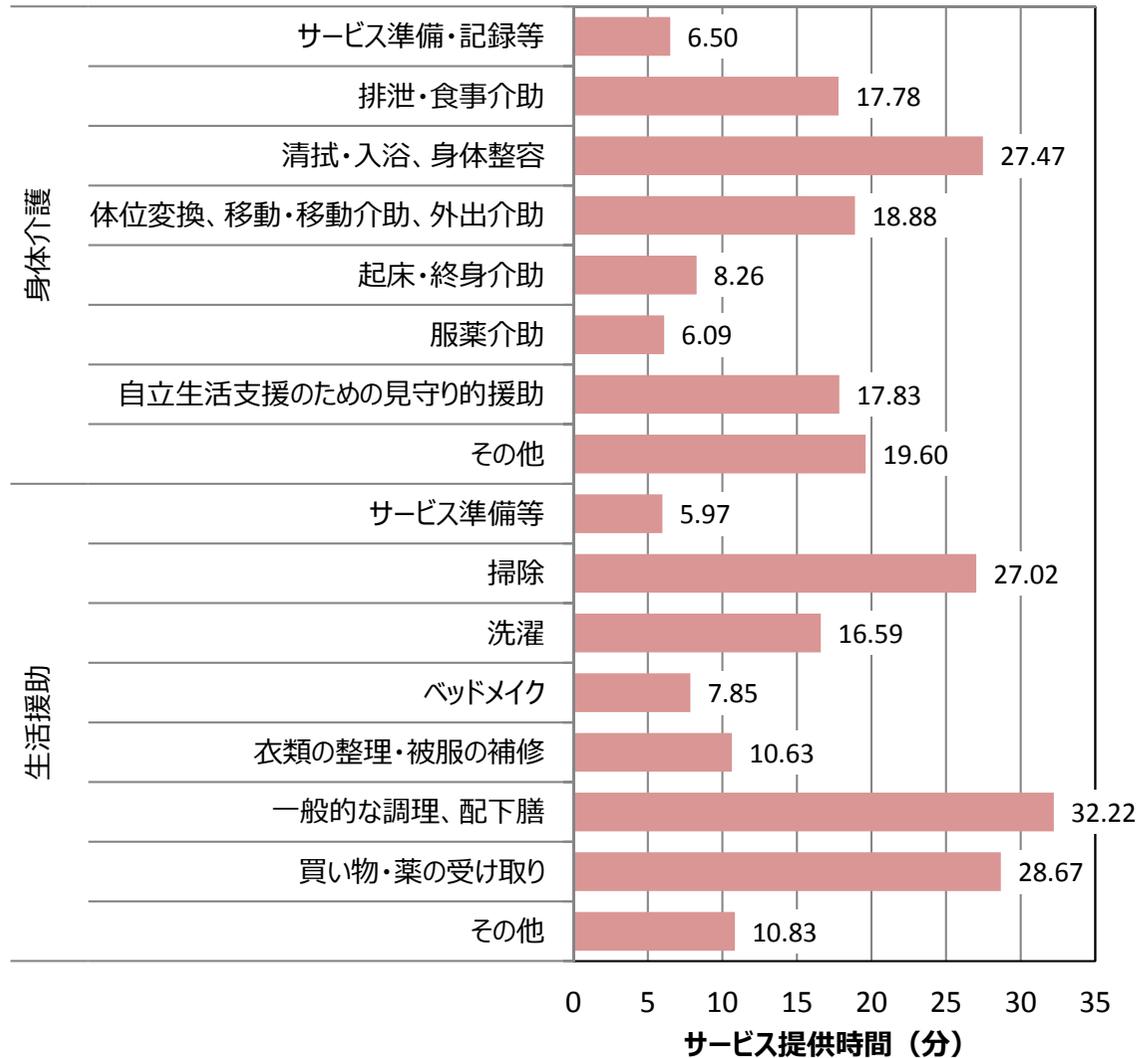
**介護準備作業等**

室内清掃、食器片づけ、昼食準備、洗濯たたみ、洗濯干し、お茶準備、軽作業準備、入浴後掃除、入浴前準備、帰宅時の荷物準備、昼寝準備（布団を敷く）、下膳、配膳

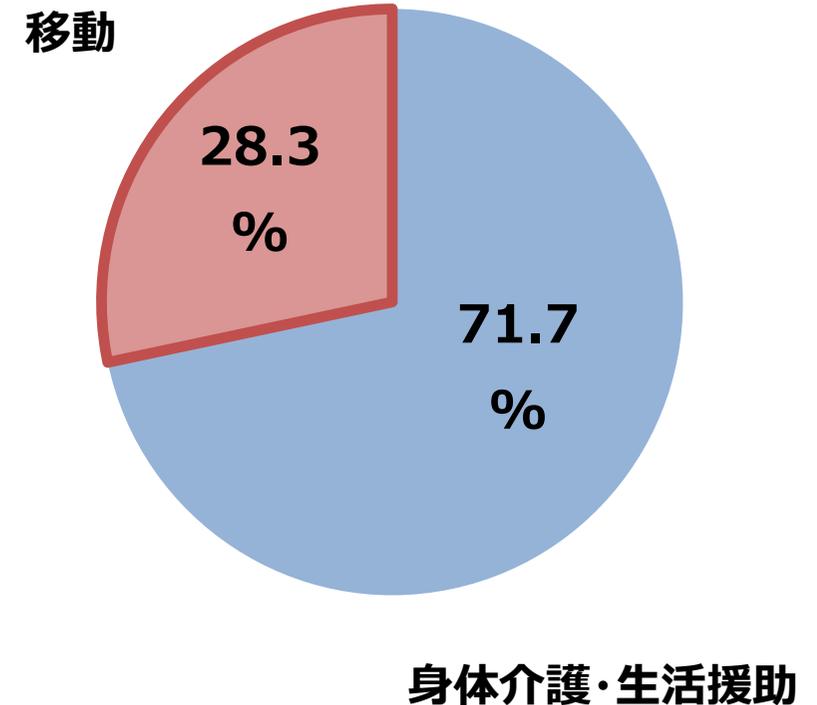
## 2-3-4 訪問介護における業務負担割合

- 訪問介護においては、28%が移動時間を占める状況。

行為ごとの平均サービス提供時間



移動時間が総労働時間(常勤換算職員分)に占める割合



※集合住宅減算の減算対象事業所（利用者の居宅と同一の建物に事業所があり、当該住宅に月平均30人以上にサービス提供を行う事業所）は除く。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-3-5-1 IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について

- 本節においては、介護サービス提供の生産性向上及び負荷軽減について効果があると考えられるIT機器、ロボット機器等についてその内容と見込まれる効果、課題等について概観した。
- 本節において取り上げるIT・機器等は具体的には次項以降に記載する。

介護サービスの質・生産性向上の方策の概観	
IT・機器等テクノロジーの活用による生産性向上	
機器等活用による労働時間の短縮	機器等活用による労働負荷の軽減
データ利活用等による介護の質の向上	
オペレーション効率化等による生産性向上	
大規模化・複合化による効率化	
集住等による介護(予防)サービス受給者の密度向上による効率化	
保険外サービスの拡大による事業性の向上	

## 2-3-5-2 見守りシステム（映像センサー系）

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

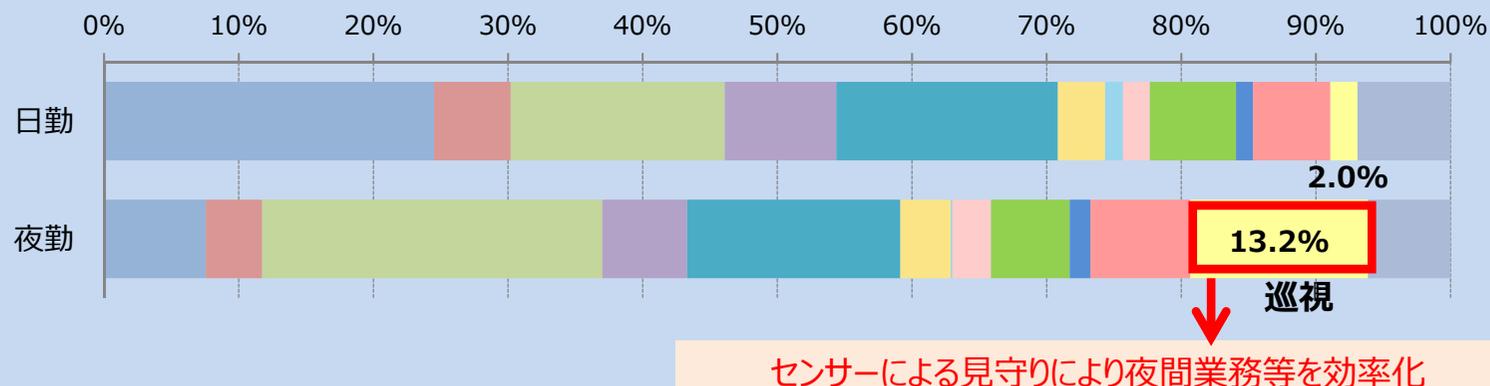
- 被介護者のベッド上での姿勢・動作のデータを映像センサー等で取得。被介護者の転倒の恐れがある姿勢や離床をすばやく検知し、介護者に知らせる。

### [期待される効果]

- 映像センサーにより、直接確認することなく、被介護者の状態を把握することが可能となる。
- センサーで動作の映像記録を残すことにより、被介護者等の行動をデータとして取得することが可能となる。

### [介護負担軽減の効果]

- 施設介護における夜間の見守り業務等の負担軽減。
- 転倒など、事故時の記録を確認することで原因や状況の詳細な確認が可能に。



### [導入に向けた課題等]

- 夜間の人員基準等により見守りセンサーを導入したとしても人員効率化等の具体的な効率化効果が抑制される。
- プライバシー侵害や身体拘束と捉えられる懸念から、利用者・家族の同意が必要となる。

## 2-3-5-3 見守りシステム（マットセンサー系）

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

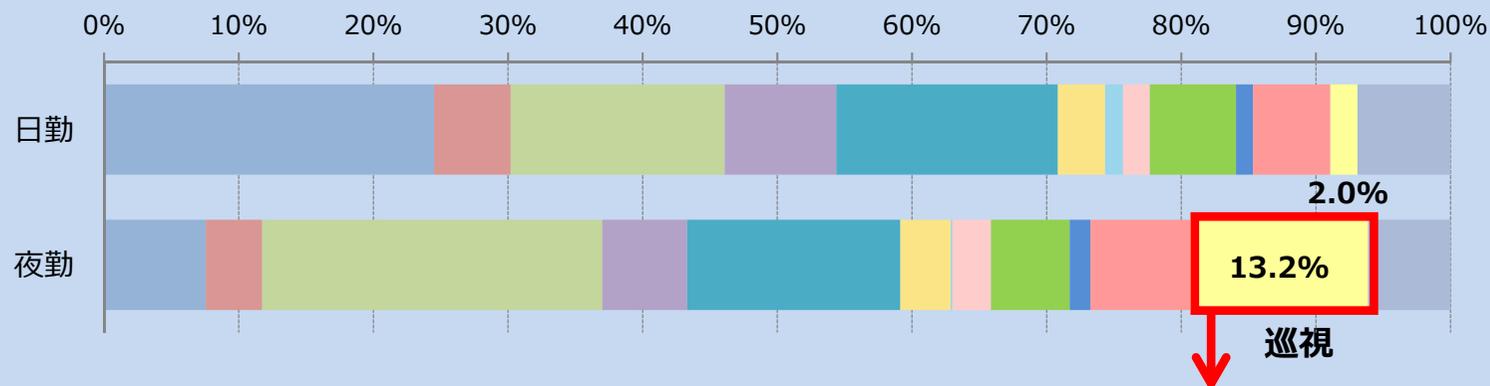
- ベッド上に設置：被介護者の呼吸等の体動をセンサーで検知し、体動が検知できなくなると介護者に知らせる。
- ベッドサイドに設置：離床した被介護者がマットを踏むとセンサーで検知し、介護者に知らせる。

### [期待される効果]

- マットセンサーにより、直接確認することなく、被介護者の離床・着床を把握することが可能。
- センサーで体動の記録を残すことにより、被介護者等の行動をデータとして取得することが可能。

### [介護負担軽減の効果]

- 施設介護における夜間の見守り業務等の負担軽減。



センサーによる見守りにより夜間業務等を効率化

### [導入に向けた課題等]

- 夜間の人員基準等により見守りセンサーを導入したとしても人員効率化等の具体的な効率化効果が抑制される。
- プライバシー侵害や身体拘束と捉えられる懸念から、利用者・家族の同意が必要となる。

## 2-3-5-4 タブレット活用等による記録等の電子化

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

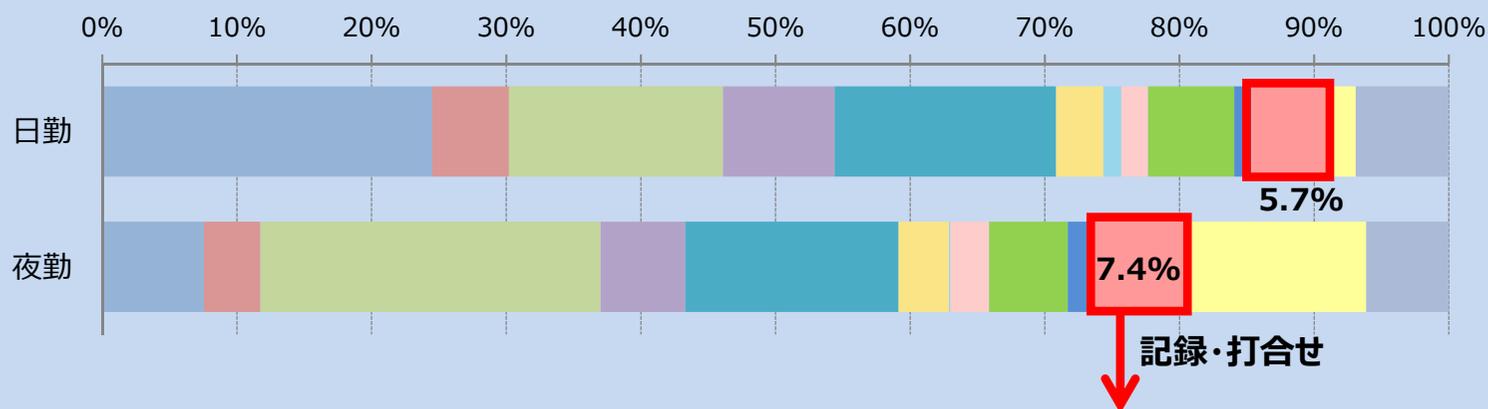
- タブレット等を活用し、被介護者の健康状態や介護内容等を記録・参照する。

### [期待される効果]

- ケアをしながら、バイタル、食事摂取量、ケア内容などの記録の入力が可能になるため、記録業務が効率化。
- 記録のグラフ化や、記録時系列での参照が容易にできるため、被介護者の変化点に気づきやすい。
- 転記ミスの防止。
- 職員間の情報共有・引き継ぎ等の打合せの効率化。

### [介護負担軽減の効果]

- 記録業務の負担軽減。
- 職員の打合せ等の効率化。



介護記録の電子化により、記録業務を軽減するとともに、職員の打合せを効率化

### [導入に向けた課題等]

- 操作方法の簡素化。
- PC・タブレット等の操作に慣れていない介護職員への使い方指導。

## 2-3-5-5 サービス担当者会議等へのWEB会議活用

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

- WEB会議システムを用いて、複数の介護事業者・事業所をつなぎ、サービス担当者会議や、事業者内の会議や研修を開催。

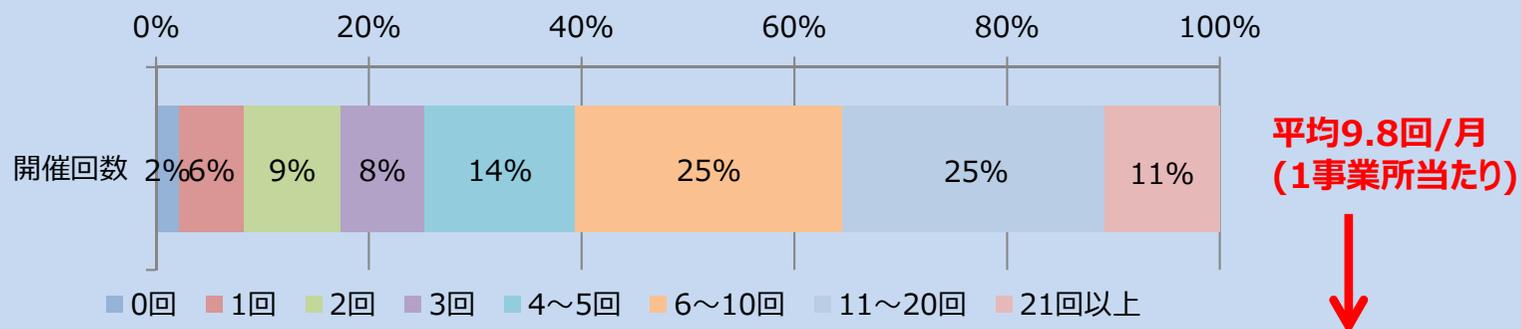
### [期待される効果]

- 会議・研修等の開催の効率化

### [介護負担軽減の効果]

- 会議・研修等の日程調整や移動にあてていた時間を他業務に活用可能。

1ヶ月間に開催したサービス担当者会議の回数（1事業所当たり、居宅介護支援）



移動時間を往復1時間と仮定した場合、約10時間/月削減可能

### [導入に向けた課題等]

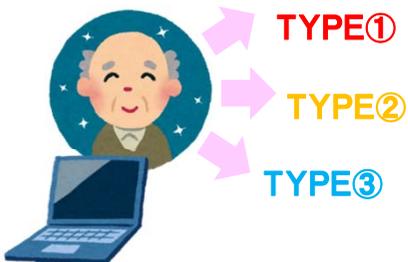
- サービス担当者会議など、複数の介護事業者が参加する会議の場合、全ての関係者がWEB会議システムを導入する必要がある。
- 操作手順の簡素化。
- サーバの管理が必要(パッチ、バックアップ、アクセス権設定等)

# 2-3-5-6 システムによる高齢者の心身状況の カテゴリー化・プロトコル整理

施設

通所

訪問



TYPE①

TYPE②

TYPE③

## [機器の目的]

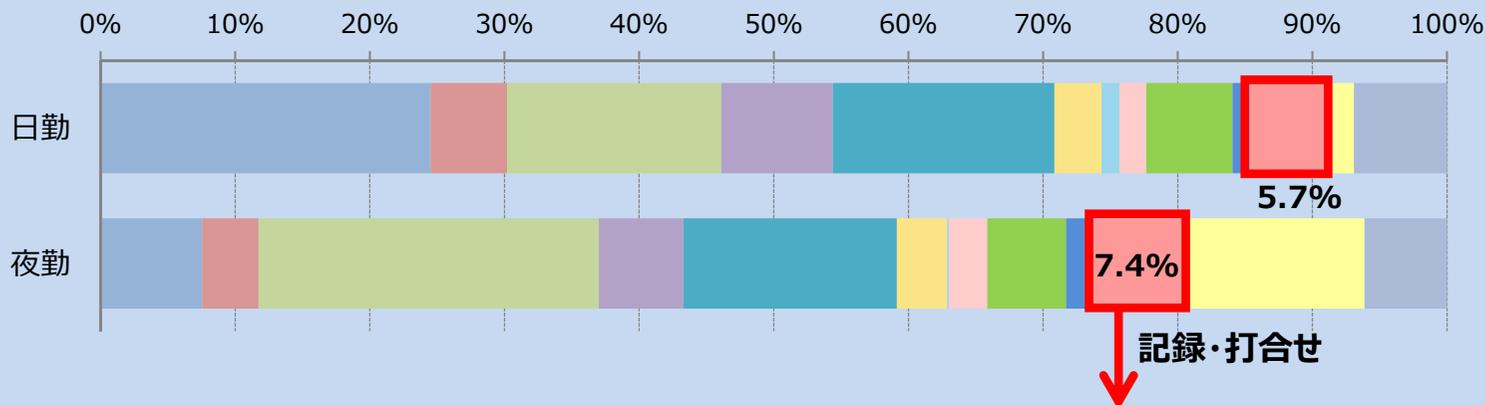
- 高齢者の歩行・排泄・食事等の心身の機能レベルを組み合わせることによって、高齢者を複数のカテゴリーに分類。
- 高齢者のカテゴリーに合わせて、プロトコル（必要と思われる介護内容やケアのポイント等）を整理。
- システムに高齢者の心身の状況を入力すると、高齢者のカテゴリーと、カテゴリーに応じたプロトコルを提示し、ケアプランの作成効率を向上。

## [期待される効果]

- 高齢者の状況を客観的に把握できるようになることで、医療・介護関連のスタッフ全員が、当該高齢者の心身の状況や必要な介護内容等について、共通認識に立つことが可能となるため、情報交換・連携が容易になる。
- カテゴリーに応じたプロトコルを用いることにより、ケアの見える化・質の底上げが可能。
- 経験の少ないケアマネージャーであっても、一定水準以上の質の高いケアプランが作成可能。
- 高齢者のカテゴリーと、介護ケアの内容・その後の要介護度の変化などのアウトカムデータを組み合わせることで、効果的・効率的なケアについて分析することが可能に。

## [介護負担軽減の効果]

- 医療・介護関係者の情報交換・連携の効率化



高齢者の心身状況のカテゴリー化・プロトコル整理により、職員のプラン作成・記録・打合せ等を効率化

## [導入に向けた課題等]

- 医療・介護関係者による情報共有のための基盤構築等。

## 2-3-5-7 移乗介助ロボット（装着型）

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

- 被介護者のベッド・車いす・便器等の間の移乗介助の際に、介護者の身体に装着することによって、パワーアシストを行い、介護者の身体にかかる負荷を低減する。

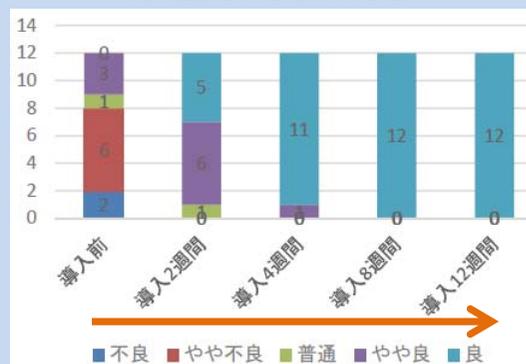
### [期待される効果]

- 介護者の身体的負担（腰痛）の軽減による休職率、離職率の軽減。
- 介護者の負担軽減により、被介護者の介護者に対する気遣いが減少。

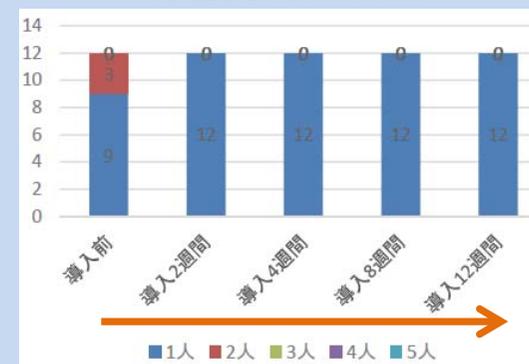
### [介護負担軽減の効果]

- 移乗介助の際の、介護者の身体的負担（腰痛）が軽減。
- 従来2人で行っていた移乗介助を1人で行うことが出来る場合には、人員効率化につながる。

介助作業による腰の負担



介助作業に要した人数



### [導入に向けた課題等]

- 狭いところで使用した場合、装着した機器の突起部分が被介護者や家具等に干渉してしまう。
- 機器を装着したままでは、移乗介助以外の動作がしづらく、他の作業にスムーズに移行できない。
- 被介護者が機器を用いた移乗介助に不安感を訴える場合がある。

## 2-3-5-8 移乗介助ロボット（非装着型）

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

- 被介護者のベッド・車いすの間の移乗介助の際に、介護者による抱え上げ動作のパワーアシストを行い、介護者の身体にかかる負荷を低減する。

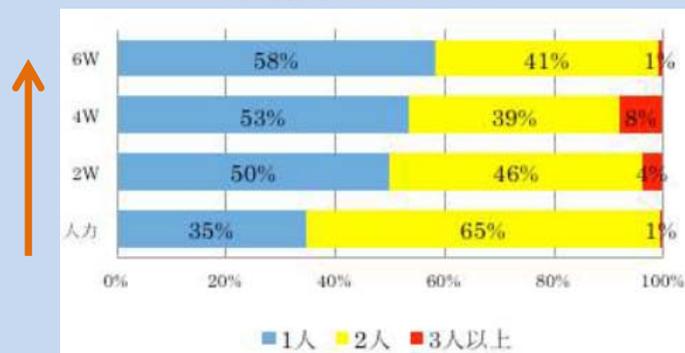
### [期待される効果]

- 介護者の身体的負担（腰痛）の軽減による休職率、離職率の軽減。
- 介護者の負担軽減により、被介護者の介護者に対する気遣いが減少。

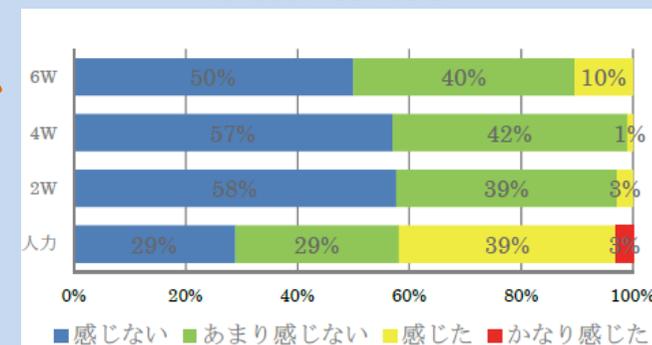
### [介護負担軽減の効果]

- 移乗介助の際の、介護者の身体的負担（腰痛）が軽減。
- 従来2人で行っていた移乗介助を1人で行うことができるため、人員効率化を図ることが可能。

介助作業に要した人数



介助者の身体的負担



### [導入に向けた課題等]

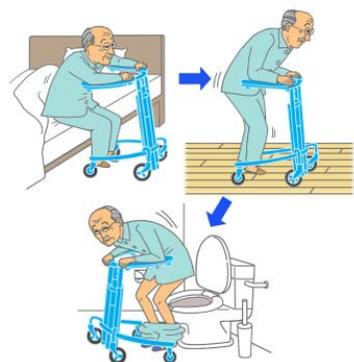
- 機器のセッティングに時間がかかるため、機器を使わない移乗介助よりも時間がかかる。
- 機器を使用するためのスペースの確保が必要。
- 被介護者が機器を用いた移乗介助に不安感を訴える場合がある。

## 2-3-5-9 移動支援ロボット

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

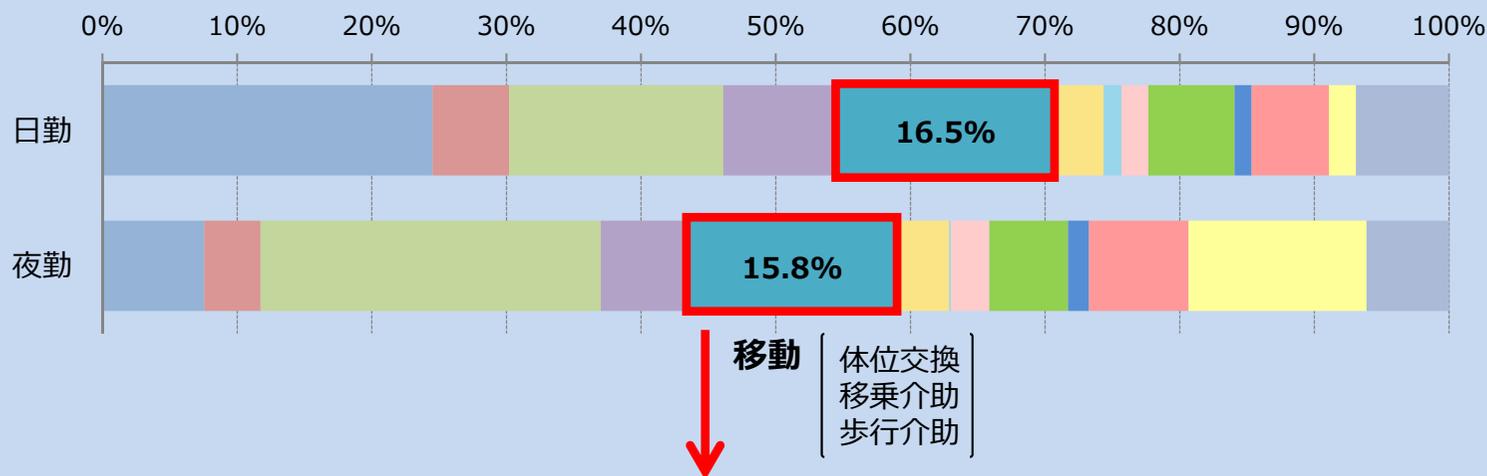
- 屋内型：被介護者の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援。
- 屋外型：被介護者の外出をサポートし、長距離・長時間の移動、荷物の運搬を支援。

### [期待される効果]

- 屋内型：姿勢の安定化が図られるため、転倒を防ぐことができる。
- 屋外型：自ら活動及び行動範囲を広げることで、歩行・外出意欲が高まり、身体を動かす機会が増えることで、要介護度の維持・改善につながる。

### [介護負担軽減の効果]

- トイレへの誘導等の移乗介助・歩行介助業務の負担軽減。



移動支援ロボットの活用により、移乗介助・歩行介助等の業務を効率化

### [導入に向けた課題等]

- 機器本体が大きいので、一定程度の保管スペースが必要。
- 被介護者の身体能力によっては、操作が困難であったり、使用不可能な場合がある。

## 2-3-5-10 排泄支援機器①

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

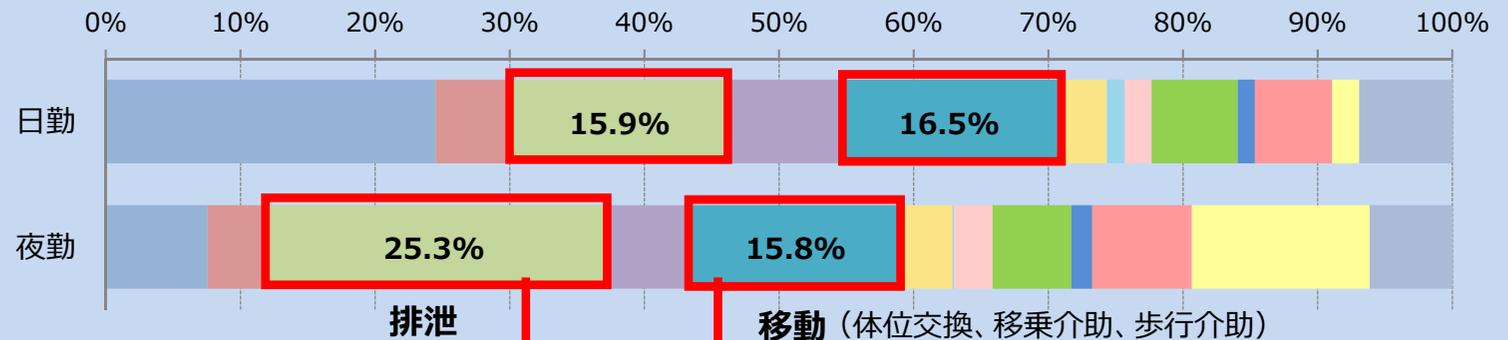
- 居室内外の水洗トイレまで移動が困難な被介護者に対し、ベッドサイド等、居室内の任意の場所に水洗の腰掛便器を設置。

### [期待される効果]

- トイレまでの移動距離が短いため、被介護者の転倒リスクが低下するとともに、歩行介助負担も軽減。
- 失禁せずに排泄に成功することで、被介護者の自立意識が向上し、オムツ使用から便器使用に要介護度が改善することがある。
- 排泄物は、機器が排水処理を行うため、介護者の汚物処理負担を削減。また、簡易トイレに比較し、排泄物の臭いがしづらく、居住環境が向上。

### [介護負担軽減の効果]

- 排泄物の処理が不要になるため、排泄介助業務の効率化が図れる。
- トイレ誘導の時間が短縮することで、移乗介助の業務の効率化が図れる。



排泄支援機器の活用により、排泄介助・移乗介助等の業務を効率化

### [導入に向けた課題等]

- 機器の移動性を高めるための軽量化。
- 被介護者が誤って衣類や異物を便器に落とす場合があるため、便器内に異物が入っていないかを介護者が定期的確認する必要がある。

## 2-3-5-11 排泄支援機器②

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

- 排泄カップを紙おむつの要領で被介護者に装着。排泄カップ内臓のセンサーが排尿と排便を感知し、自動で排泄物の吸引・タンクへの排出、局所の洗浄・除湿を行う。

### [期待される効果]

- 排泄の度におむつを交換する必要がなくなる上、タンクにたまった排泄物は、トイレに流すだけで処理ができるため、介護者の排泄介助負担が軽減。
- おむつの中の排泄物による不快感がなくなり、被介護者のQOLが向上。
- 介護者に気兼ねなく排泄でき、被介護者が排泄を気にしなくなるために、飲食をきちんと摂るようになる。
- 排泄物の臭いがしづらく、居住環境が向上。

### [介護負担軽減の効果]

- 排泄物の処理が簡便になるため、排泄介助業務の効率化が図れる。



排泄支援機器の活用により、排泄介助の業務を効率化

### [導入に向けた課題等]

- 身体が横向きのまま排泄をした場合に、センサーが正しく反応せず、漏れの原因となる。

## 2-3-5-12 食事介助ロボット

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

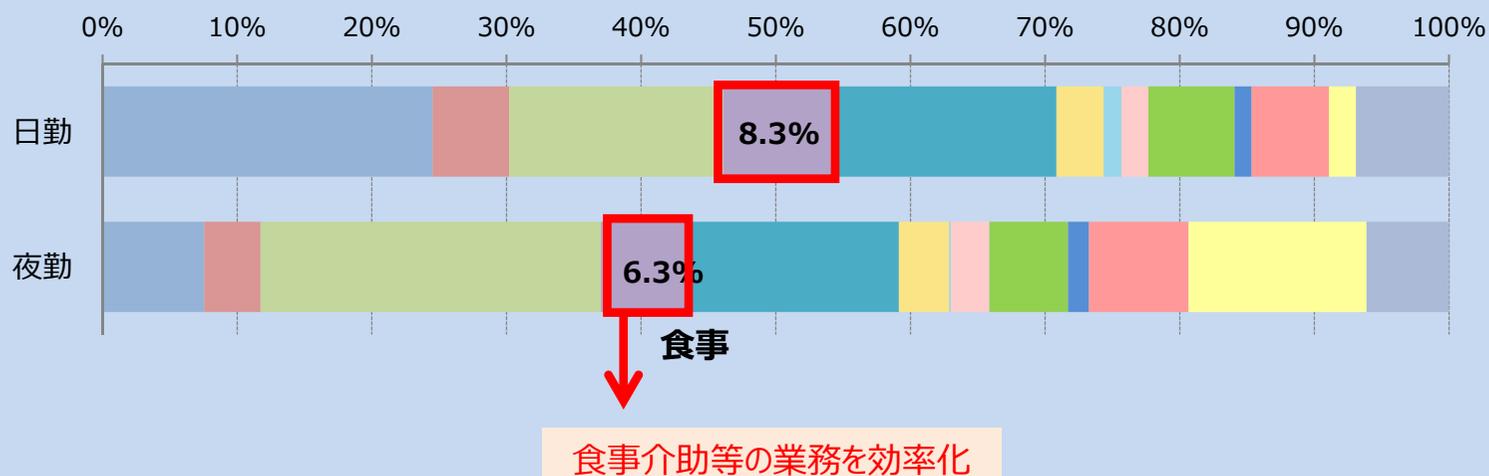
- 手の不自由な被介護者が体の一部を動かすことによって、機器のアームに取り付けられたフォークとスプーンが食べ物をつかんで、被介護者の口元まで運び、食事をサポートする。

### [期待される効果]

- 被介護者が自分の力で、自分のペースで介護者に気兼ねなく食事ができる。

### [介護負担軽減の効果]

- 食事介助の業務負担が軽減される。



### [導入に向けた課題等]

- 機器操作性の向上。

## 2-3-5-13 清掃支援ロボット

施設

通所

訪問



### [機器の目的]

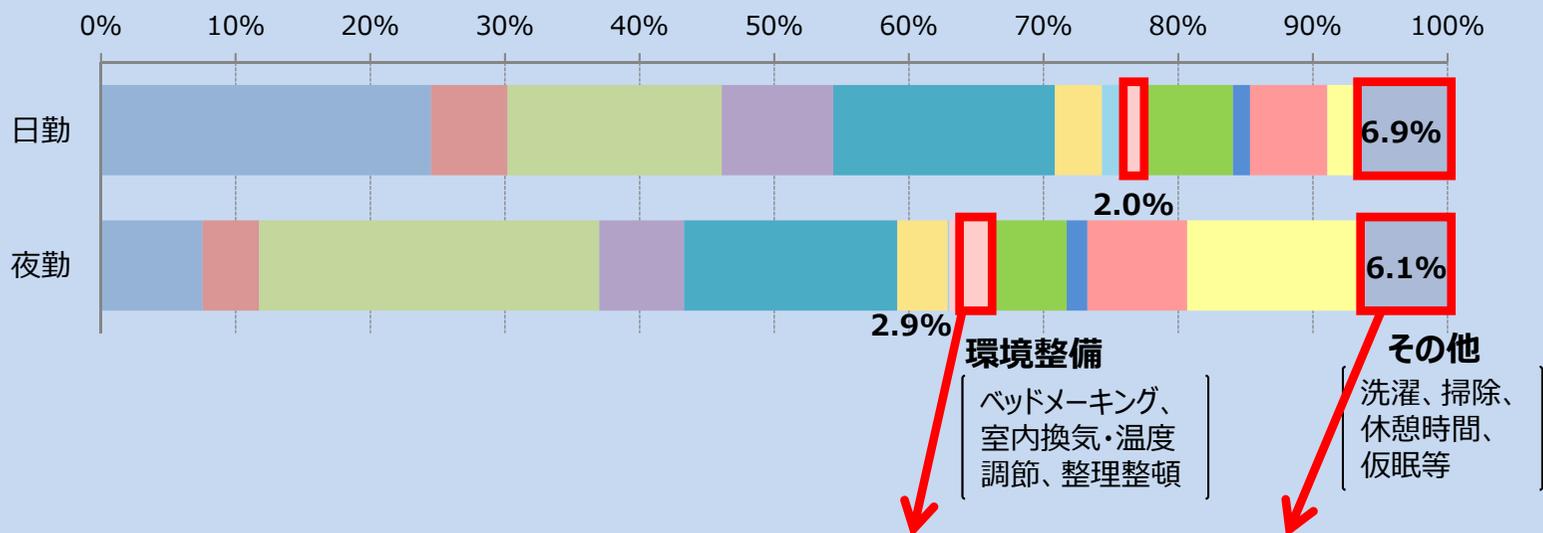
- 自律走行機能を搭載し、屋内床面の床拭き・ゴミの吸引による清掃作業を自動的に行う。
- 自動運転時は各種センサーにより障害物や段差を検知して安全走行を行う他、清掃エリアに障害物がある場合は回避して清掃作業を継続する。

### [期待される効果]

- 清掃業務の自動化

### [介護負担軽減の効果]

- 介護者の清掃業務の負担を軽減。



清掃支援ロボットの活用により、居室の環境整備や、施設内の清掃業務の負担を軽減

### [導入に向けた課題等]

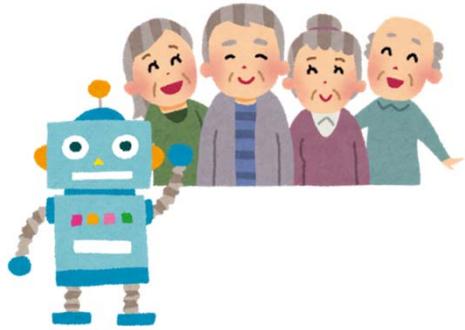
- 「狭い場所を掃除できない」、「部屋や廊下の隅のゴミやホコリが取れない」等の介護者の不満への対応。
- 「掃除したい場所までなかなか到達しない」、「掃除したい場所を掃除するために本体を持ち運んでいかななくてはならない」等の介護者の不満への対応。

# 2-3-5-14 コミュニケーションロボット

施設

通所

訪問



## [機器の目的]

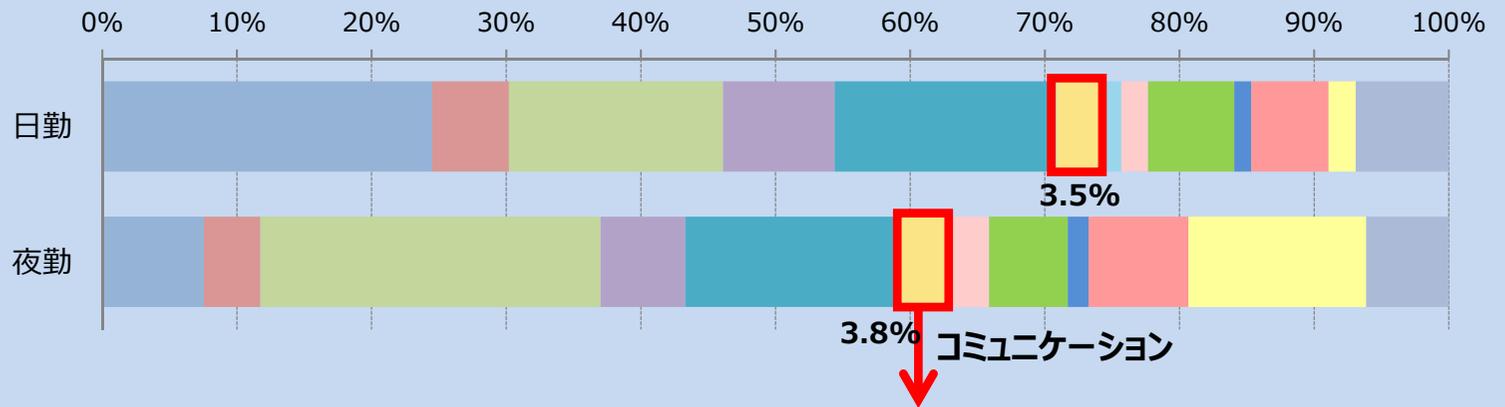
- 会話能力、歩行能力、ネット接続機能、人工知能を有し、被介護者等との会話、ダンス・体操、クイズ・ゲームの相手などを行う。

## [期待される効果]

- 被介護者がロボットとコミュニケーションすることにより、口腔機能向上、認知機能低下予防につながる。
- 介護者のかわりに被介護者との会話、レクリエーション等の相手をする事ができる。
- 被介護者の孤独感・寂しさの緩和。

## [介護負担軽減の効果]

- 介護者の被介護者とのコミュニケーション、レクリエーション業務の負担軽減。



コミュニケーションロボットの活用により、被介護者とのコミュニケーション、レクリエーション等の負担を軽減

## [導入に向けた課題等]

- 発話者とマイクが離れている時の遠隔音声認識能力の向上。
- 3人以上の会話への対応能力の向上。

## 2-3-6 先進的な事例について

- コニカミルタ社が開発したケアサポートソリューションは、センサーとスマートフォンの活用により、「コールが鳴り、駆けつける」から「入居者の行動を確認した上で、駆けつける」へ介護業務のワークフローを変革。
- あわせて、その場での記録作成・情報共有の即時化を実現することで、業務フローを大幅に効率化。

### <居室のセンサー>

- ・入居者の行動（起床・離床・転倒転落・呼吸異常）を検知すると、職員のスマートフォンに行動情報と入居者の映像を通知
  - ⇒無駄な駆けつけ業務の排除
  - ⇒必要な準備をした上で駆けつけ
  - ⇒呼吸異常通知で安否確認ができ、定期巡回業務を効率化
- ・入所者の転倒転落前後の映像を記録
  - ⇒事故状況を把握し、適切な事後処理
  - ⇒家族への説明に活用



### <職員のスマートフォン>

- ・入居者の行動通知を受けた時のみ、居室の状況を映像で確認。確認した上で駆けつけ
- ・音声入力等による、その場でケア記録作成
  - ⇒ケア記録時間の短縮
- ・情報共有の即時化
  - ⇒スタッフ間の申し送り時間の短縮
  - ⇒連絡漏れ・連絡ミスを防止

### <ワークフローの変革例>



## 2-3-7 費用対効果に関する分析

- ロボット・IT機器について、当面生産性の向上、介護職員の負荷軽減に効果が見込まれるものについて、事業所単位での費用対効果の観点から、それぞれ下記の仮定をおいて分析を行った。

		期待される効果	試算上の仮説と試算内容	試算対象
試算①	ケア記録等の電子化 	ケア記録等の作成業務が効率化し、労働時間短縮	機器導入により、ケア記録等の作成にかかる時間が40%効率化したと仮定した場合の ・労働時間短縮効果 ・費用対効果 ・生産性向上割合	訪問介護 通所介護 特養 特定施設
試算②	見守りシステム 	夜勤時の巡視業務が効率化し、夜勤業務の負荷低減	機器導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、夜勤業務の人員基準を変更できると仮定した場合の ・必要常勤換算職員数の変化 ・1週間の延べ日勤・夜勤回数の変化 ・費用対効果 ・生産性向上割合	特養
試算③	排泄支援機器 	おむつ交換回数が削減され、介護職員の精神的・肉体的負荷の軽減	機器導入により、夜勤時のおむつ交換業務が発生しないと仮定した場合の ・労働時間短縮効果 ・費用対効果 ・生産性向上割合	特養
試算④	装着型の移乗介助ロボット 	介護職員の腰痛防止 腰痛による離職者の減少	機器導入により、腰痛を理由として退職する介護職員がゼロになると仮定した場合の ・離職防止効果 ・費用対効果	全ての介護事業所

# 2-3-8-1 介護ロボット・IT活用による効果試算①ケア記録等の電子化

- ケア記録等を電子化した場合に、ケア記録等の作成にかかる時間が40%効率化すると仮定し、訪問介護・通所介護・特養・特定施設それぞれにおいて、1事業所当たりの労働時間短縮効果、費用対効果、生産性向上割合を試算した。

## 試算の前提

ケア記録等の電子化により、ケア記録等の作成にかかる時間が40%効率化

## 労働時間短縮効果

	①1事業所当たりの介護職員の勤務時間の合計	×	②勤務時間のうちケア記録等にかかる時間の割合	×	③ケア記録等の電子化による効率化【仮定値】	=	1事業所当たりの労働時間短縮効果
<b>訪問介護</b> (職員：7.91人)	45.21時間/日	×	12.4%	×	40%	=	2.25時間/日
<b>通所介護</b> (職員：8.61人)	49.23時間/日	×	10.0%	×	40%	=	1.97時間/日
<b>特養</b> (職員：44.95人)	256.87時間/日	×	8.7%	×	40%	=	8.94時間/日
<b>特定施設</b> (職員：25.63人)	146.44時間/日	×	8.7%	×	40%	=	5.10時間/日

( )内は常勤換算の職員数

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

- ①週当たりの標準勤務時間は、1日8時間×5日＝40時間とする。厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調査」から算出した1事業所当たりの常勤換算従事者数に40時間を掛けた上で7日で割り、1日あたりの勤務時間を算出。
- ②1事業所当たりのケア記録等にかかる時間の割合を、それぞれ次の通り算出
  - ・訪問介護：厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調査」から、訪問介護事業所における「サービス担当責任者」、「サービス担当責任者以外の常勤訪問介護員」、「非常勤の訪問介護員」の職員構成割合を推計。その上で、日本ホームヘルパー協会「サービス提供責任者業務分析調査報告」、株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業報告書」およびヒアリング結果から、各職員のケア記録等の作成時間を推計し、それらを足し合わせ、事業所全体で12.4%と推計。
  - ・通所介護：厚生労働省「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」およびヒアリング結果より、10%と推計。
  - ・特養：特養（ユニット型）に対するヒアリング結果より、8.7%と推計。
  - ・特定施設：特養の値を準用し、8.7%と推計。
- ③ケア記録等の電子化の導入実績のある事業所へのヒアリングを元に、業務削減効果を40%と仮定。

## 2-3-8-2 介護ロボット・IT活用による効果試算①ケア記録等の電子化

- ケア記録等の電子化は、業務効率化に寄与し、導入コストを差し引いてもプラスとなる。
- 通所介護・特養・特定施設の場合は、通信時に施設内のWi-Fiを使用する一方、訪問介護の場合は、屋外での通信となるため、タブレットごとに通信費が必要となり、コストが割高となる。

### 費用対効果

	1事業所当たりの 労働時間短縮効果	④介護職員(常勤 換算)の1時間当たり 給与費	⑤ケア記録等の電子化の 導入コスト	1事業所当たりの ケア記録等の電子化の 費用対効果
<b>訪問介護</b> (職員：7.91人)	2.25時間/日	1,620円	2,477円/日	1,162円/日
<b>通所介護</b> (職員：8.61人)	1.97時間/日	1,605円	1,293円/日	1,868円/日
<b>特養</b> (職員：44.95人)	8.94時間/日	2,036円	2,761円/日	15,439円/日
<b>特定施設</b> (職員：25.63人)	5.10時間/日	1,841円	1,195円/日	8,189円/日

( )内は常勤換算の職員数

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

④厚生労働省「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員（常勤換算）1人当たり給与費」から算出

⑤ヒアリングをもとに下表のとおり仮定。インシャルコストは減価償却期間を5年とし、ランニングコストと合計して1日当たりの導入コストを算出。

	含まれる項目	訪問介護	通所介護	特養	特定施設
インシャルコスト	PC、プリンタ、セットアップ費、タブレット本体	80万円	80万円	100万円	80万円
ランニングコスト(月額)※	システム使用料、タブレットアプリ使用料、通信費	62,000円	26,000円	67,300円	23,000円

※訪問介護の場合は、屋外での通信となるため、タブレットごとに通信費が必要となり、ランニングコストが割高となる（通所介護・特養・特定施設は、施設内のWi-Fiを使用すると仮定）

※特養の場合は、各ユニットの職員詰所のPCにシステムを導入する前提としたため、ライセンス導入本数が多く、システム使用料が高くなり、ランニングコストが割高となる

## 2-3-8-3 介護ロボット・IT活用による効果試算①ケア記録等の電子化

- ケア記録等の電子化は、約1~3%の生産性向上に寄与。  
特に、屋外での通信費を必要としない、通所介護・特養・特定施設での導入効果が大きい。

生産性向上割合	1事業所当たりの ケア記録等の電子化の 費用対効果	⑥ 機器導入前の 給与費総額	1事業所当たりの 生産性向上割合
訪問介護 (職員：7.91人)	1,162円/日	73,248円/日	1.59%
通所介護 (職員：8.61人)	1,868円/日	79,022円/日	2.36%
特養 (職員：44.95人)	15,439円/日	522,963円/日	2.95%
特定施設 (職員：25.63人)	8,189円/日	269,629円/日	3.04%

( )内は常勤換算の職員数

**事業者利益／労働条件の改善や  
設備投資等の原資**

### その他の効果



- ・被介護者の情報を円滑に共有することができ、ケアの質が向上
- ・職員の打合せ・引き継ぎ業務、関係者（介護事業者、医療機関等）との連携の効率化
- ・記録のグラフ化、時系列での参照が容易にできるため、被介護者の変化点に気がつきやすい
- ・被介護者の家族への報告書の内容の充実

## 2-3-9-1 介護ロボット・IT活用による効果試算②見守りシステム

- 見守りシステムを導入した場合に、夜勤業務が20%効率化し、人員配置基準を下表の通り変更できると仮定。必要常勤換算職員数、1週間の延べ日勤・夜勤回数の変化を試算した。
- 人員配置基準を変更することができれば、必要常勤換算職員数の削減および夜勤回数の減少により、給与費総額の約8～11%相当分の効率化が見込まれる。

### 試算の前提

- ・入所定員100人（10人×10ユニット）の特養
- ・見守りシステムの導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、夜勤業務の人員基準を変更できる
- ・1週間の勤務シフトを組み、試算を行う

### 1週間の延べ日勤・夜勤回数の変化

	介護職員人員配置	
	入所者	うち夜勤時
導入前	入所者：介護職員 = 3：1以上	2ユニットにつき 1人以上
導入後	夜勤職員の人員を 減らした分、削減	2ユニットにつき 0.8人以上

	必要常勤換算職員数	1週間の延べ回数	
		日勤	夜勤
導入前	34人	100回	35回
導入後	32人	100回	28回
差	▲2人	—	▲7回

⇒ 必要常勤換算職員数・夜勤回数の減少は、給与費24.2万円分/週(給与費総額の8.74%)に相当

### 試算A

人員配置基準どおりに人員を配置した場合(必要最小限の人員数)

### 試算B

人員配置基準よりも厚めに人員を配置した場合

	介護職員人員配置	
	入所者	うち夜勤時
導入前	入所者：介護職員 = 2：1以上	1ユニットにつき 1人以上
導入後	夜勤職員の人員を 減らした分、削減	1ユニットにつき 0.8人以上

	必要常勤換算職員数	1週間の延べ回数	
		日勤	夜勤
導入前	50人	110回	70回
導入後	45人	110回	56回
差	▲5人	—	▲14回

⇒ 必要常勤換算職員数・夜勤回数の減少は、給与費48.5万円分/週(給与費総額の11.71%)に相当

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

- ・ユニットへの職員の固定配置は行わない。勤務形態は、日勤（9時～17時）と夜勤（17時～翌朝9時）の2交替勤務とする。各職員は、週1日以上以上の法定休日を必ず取得する。
- ・週当たりの標準勤務時間は、1日8時間×5日＝40時間とする。変形労働時間制を導入し、各職員の週当たり勤務時間は40時間を超えないものとする。
- ・日勤および夜勤の1時間当たり給与費は、「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員（常勤換算）1人当たり給与費」から算出
- ・22時～翌朝5時の間の勤務は、割増賃金（+25%）を適用。

## 2-3-9-2 介護ロボット・IT活用による効果試算②見守りシステム

- 見守りシステムの導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、人員配置基準を変更できると仮定した場合、システムの導入コストを差し引いても、高い費用対効果が見込まれる。
- 特に、人員配置基準よりも厚めの人員配置としている場合（試算B）の方が、その効果は大きい。

### 試算の前提

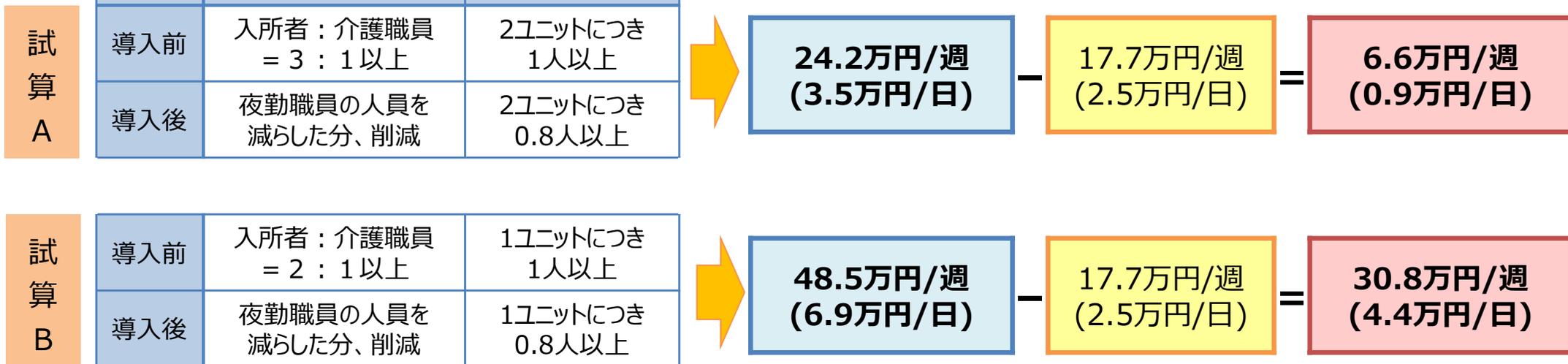
- ・入所定員100人（10人×10ユニット）の特養
- ・見守りシステムの導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、夜勤業務の人員基準を変更できる
- ・1週間の勤務シフトを組み、試算を行う

### 費用対効果

必要常勤換算職員数  
および夜勤回数の  
減少分の給与費

見守りシステムの  
導入コスト

1事業所当たりの  
見守りシステム導入の  
費用対効果



（出典・考え方）以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

- ・日勤および夜勤の1時間当たり給与費は、「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員（常勤換算）1人当たり給与費」から算出
- ・22時～翌朝5時の間の勤務は、割増賃金（+25%）を適用。
- ・見守りシステムの導入コストは、イニシャルコスト 4,000万円（5年間減価償却）、ランニングコスト 10万円/月 と仮定。

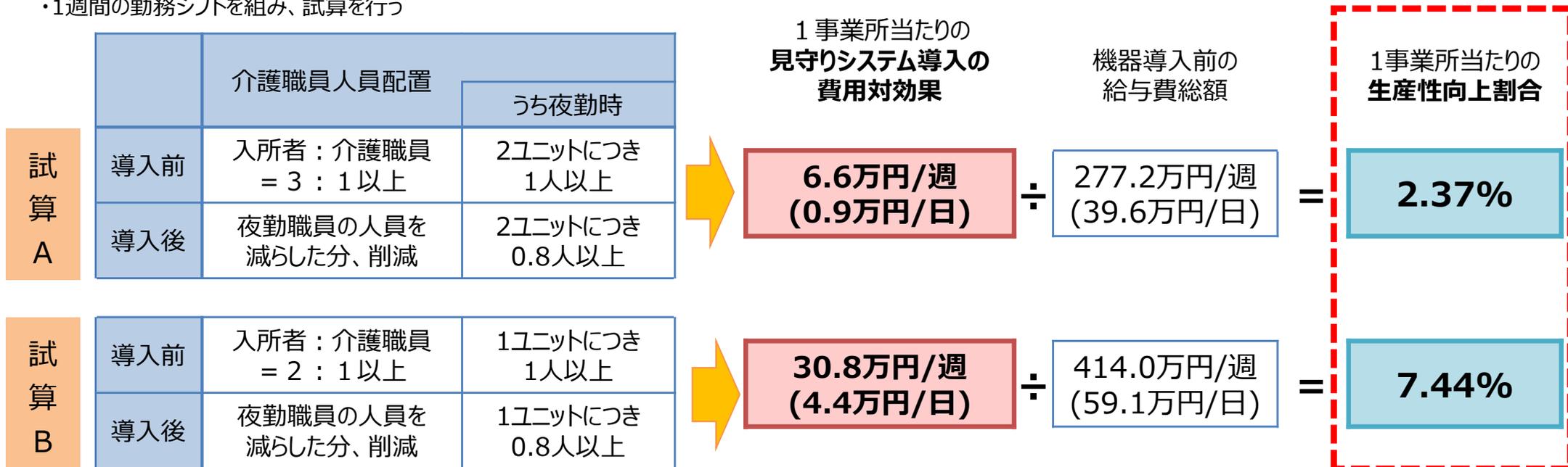
## 2-3-9-3 介護ロボット・IT活用による効果試算②見守りシステム

- 見守りシステムの導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、人員配置基準を変更できると仮定した場合、約2~7%の生産性向上に相当。

### 試算の前提

- 入所定員100人（10人×10ユニット）の特養
- 見守りシステムの導入により、夜勤業務が20%効率化し、その分、夜勤業務の人員基準を変更できる
- 1週間の勤務シフトを組み、試算を行う

### 生産性向上割合



事業者利益／労働条件の改善や設備投資等の原資

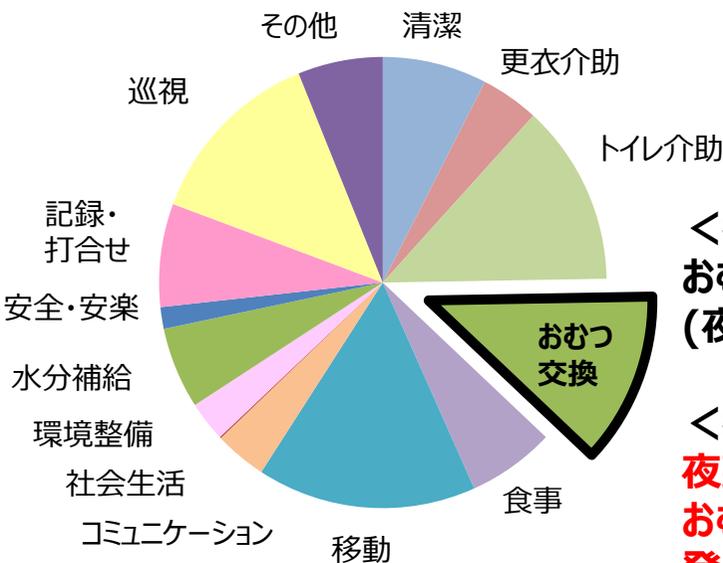
### その他の効果

- 介護職員の夜勤負担が軽減されることで、介護職員の身体的・心理的負担軽減
- 夜勤に限らず、入所者の転倒・体調の変化などに素早く対応を講ずることが可能となり、ケアの質が向上
- 映像記録を残すことによる、介護職員による虐待等の抑止

# 2-3-10-1 介護ロボット・IT活用による効果試算③排泄支援機器

- 特養において、被介護者装着型の排泄支援機器の導入により、夜勤時間帯のおむつ交換業務が発生しないと仮定した場合、日当たり10時間の業務時間削減につながる。

特養における夜勤介護職員の  
1日1人平均従事時間割合（夜勤の場合）



＜導入前＞  
おむつ交換業務  
(夜勤時間帯の12.28%)

＜導入後＞  
夜勤時間帯の  
おむつ交換業務が  
発生しないと仮定

※排泄支援機器導入率を  
入所者の90%と50%の2パターンで試算

労働時間短縮効果

夜勤における  
1施設当たり  
従事時間数の  
合計

82.7時間/日

勤務時間のうち  
夜勤時間帯の  
おむつ交換業務  
の占める割合

12.28%

1事業所当たりの  
労働時間短縮効果

= 10.16時間/日

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

- ・入所者数67人、介護職員の常勤換算人数45人の特別養護老人ホームとする（「平成26年介護サービス施設・事業所調査」より）。
- ・被介護者装着型の排泄支援機器のメンテナンスにかかる時間は考慮しない。
- ・今回試算する排泄支援機器は、尿吸引タイプのもので、排便の場合は、トイレ介助が必要となることから、トイレ介助の時間はそのまま維持されると仮定。
- ・勤務形態は、日勤（9時～17時）と夜勤（17時～翌朝9時）の2交替勤務とする。22時～翌朝5時の間の勤務は、割増賃金（+25%）を適用。
- ・週当たりの標準勤務時間は、1日8時間×5日＝40時間とする。変形労働時間制を導入し、各職員の週当たり勤務時間は40時間を超えないものとする。
- ・日勤と夜勤の1時間当たり給与費は、柏原正尚「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職と職場環境に関する一考察」より算出した日勤と夜勤の勤務延べ時間の構成割合および「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員（常勤換算）1人当たり給与費」から算出
- ・夜勤介護職員の1日1人平均従事時間割合は、栗木ほか「特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感（調査報告）」

## 2-3-10-2 介護ロボット・IT活用による効果試算③排泄支援機器

- 被介護者装着型の排泄支援機器の導入により、夜勤時間帯のおむつ交換業務が発生しないと仮定した場合の費用対効果について、入所者に対する排泄支援機器導入の割合を90%と50%に分けて試算した。

### 費用対効果

**試算A**  
入所者の90%  
(=60人)に  
機器を導入した場合

1事業所当たりの  
労働時間短縮効果

10.16時間/日

×

介護職員(常勤換算)  
の夜勤の1時間当たり  
給与費

2,182円

−

排泄支援機器の  
導入コスト※  
(60台導入時)

13,727円/日

=

1事業所当たりの  
排泄支援機器導入の  
費用対効果

8,434円/日

**試算B**  
入所者の50%  
(=34人)に  
機器を導入した場合

1事業所当たりの  
労働時間短縮効果

10.16時間/日

×

介護職員(常勤換算)  
の夜勤の1時間当たり  
給与費

2,182円

−

排泄支援機器の  
導入コスト※  
(34台導入時)

7,626円/日

=

1事業所当たりの  
排泄支援機器導入の  
費用対効果

14,535円/日

※ イニシャルコスト：付属部品 3万円/台(減価償却期間3年)、ランニングコスト：機器本体リース 6,000円/台・月と仮定。排泄支援機器の利用によるおむつ代のコスト削減分、新たに必要となる機器専用のおむつ代、部品交換代など、本体機器以外のコストについては考慮していない。

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

- 入所者数67人、介護職員の常勤換算人数45人の特別養護老人ホームとする(「平成26年介護サービス施設・事業所調査」より)。
- 被介護者装着型の排泄支援機器のメンテナンスにかかる時間は考慮しない。
- 今回試算する排泄支援機器は、尿吸引タイプのもとし、排便の場合は、トイレ介助が必要となることから、トイレ介助の時間はそのまま維持されると仮定。
- 勤務形態は、日勤(9時~17時)と夜勤(17時~翌朝9時)の2交替勤務とする。22時~翌朝5時の間の勤務は、割増賃金(+25%)を適用。
- 週当たりの標準勤務時間は、1日8時間×5日=40時間とする。変形労働時間制を導入し、各職員の週当たり勤務時間は40時間を超えないものとする。
- 日勤と夜勤の1時間当たり給与費は、柏原正尚「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職と職場環境に関する一考察」より算出した日勤と夜勤の勤務延べ時間の構成割合および「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与費」から算出
- 夜勤介護職員の1日1人平均従事時間割合は、栗木ほか「特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感(調査報告)」

## 2-3-10-3 介護ロボット・IT活用による効果試算③排泄支援機器

- 被介護者装着型の排泄支援機器の導入により、夜勤時間帯のおむつ交換業務が発生しないと仮定した場合の生産性の向上割合は1.62%～2.76%。
- 排泄支援機器を日中も使用し、日勤時間帯のおむつ交換業務が削減された場合には、さらに効果が拡大すると見込まれる。

### 生産性向上割合

**試算A**  
入所者の90%  
(=60人)に  
機器を導入した場合

1事業所当たりの  
排泄支援機器導入の  
費用対効果

8,434円/日

÷

機器導入前の  
給与費総額

522,963円/日

=

1事業所当たりの  
生産性向上割合

1.61%

**試算B**  
入所者の50%  
(=34人)に  
機器を導入した場合

1事業所当たりの  
排泄支援機器導入の  
費用対効果

14,535円/日

÷

機器導入前の  
給与費総額

522,963円/日

=

1事業所当たりの  
生産性向上割合

2.78%

### その他の効果

- ・介護職員の身体的・精神的負担減
- ・被介護者のQOL向上
- ・トイレ介助にかかる業務時間の短縮

事業者利益／労働条件の  
改善や設備投資等の原資

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

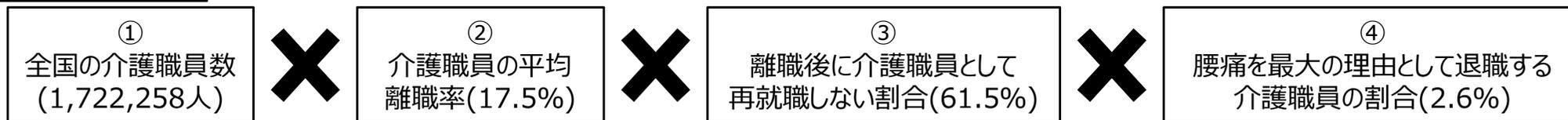
- ・入所者数67人、介護職員の常勤換算人数45人の特別養護老人ホームとする(「平成26年介護サービス施設・事業所調査」より)。
- ・被介護者装着型の排泄支援機器のメンテナンスにかかる時間は考慮しない。
- ・今回試算する排泄支援機器は、尿吸引タイプのもとし、排便の場合は、トイレ介助が必要となることから、トイレ介助の時間はそのまま維持されると仮定。
- ・勤務形態は、日勤(9時～17時)と夜勤(17時～翌朝9時)の2交替勤務とする。22時～翌朝5時の間の勤務は、割増賃金(+25%)を適用。
- ・週当たりの標準勤務時間は、1日8時間×5日=40時間とする。変形労働時間制を導入し、各職員の週当たり勤務時間は40時間を超えないものとする。
- ・日勤と夜勤の1時間当たり給与費は、柏原正尚「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職と職場環境に関する一考察」より算出した日勤と夜勤の勤務延べ時間の構成割合および「平成26年介護事業経営実態調査」の「看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与費」から算出
- ・夜勤介護職員の1日1人平均従事時間割合は、栗木ほか「特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感(調査報告)」

## 2-3-11 介護ロボット・IT活用による効果試算

### ④ 装着型の移乗介助ロボット

- 移乗介助機器の導入により、腰痛による離職者がゼロとなると仮定して、離職防止効果を試算すると、年間約4,800人の離職防止効果があると見込まれる。
- 費用対効果は、事業所ごとの介護職員の採用・研修コストにより異なる。

#### 離職防止効果



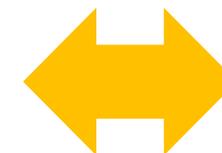
**＝ 4,811人/年 (離職率 0.28%低減)**

**+** その他の効果

- ・介護職員の身体的負担の軽減による休職率の低減
- ・被介護者の介護者に対する気遣いが減少
- ・腰痛への不安が緩和され、職員が採用しやすくなる 等

#### 費用対効果

	費用(補助金は考慮しない)	1年当たり
製品A (3年レンタル)	初期費用 10万円、月額 7.8万円	93.6万円
製品B (販売)	60万円	12万円(減価償却期間5年の場合)



**介護職員の  
採用・研修コスト**

(出典・考え方) 以下のデータを用いて、経済産業省が試算。

①厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」を基に、無回答事業所分を補正した値

②公益財団法人介護労働安全センター「介護労働実態調査」より2010年～2014年の訪問介護員と介護職員の離職率の平均値

③介護労働安定センター「介護労働実態調査結果」の「前職が介護職である人」の割合から計算

④公益財団法人 社会福祉振興・試験センター「平成24年度社会福祉士・介護福祉士就労状況調査結果」より、現在福祉・介護・医療分野の仕事を

していないが過去にその分野の経験のある介護福祉士に対する設問で、「過去働いていた職場を辞めた理由」のうち、その最大の理由として「腰痛」を選択した割合

## 2-3-12 介護ロボット・IT活用による費用対効果

- 介護ロボット・ITの活用により、介護サービスの生産性向上や介護職員離職防止等の効果が見込まれる。
- これらの効果を拡大、普及させていくためには、機器等の性能改善・コスト低減を進めると共に、導入の効果の実証と、データ・エビデンスに基づく人員基準等の柔軟な運用、導入、取組を加速させるためのインセンティブの設計など、介護サービスの生産性向上・負荷軽減を進めていくためのメカニズムを設計する発想が重要となるのではないかと。

		試算上の仮説	試算結果				
試算 ①	ケア記録等の電子化	ケア記録等の作成にかかる時間が40%効率化		訪問介護	通所介護	特養	特定施設
			労働時間短縮効果	2.25時間/日	1.97時間/日	8.94時間/日	5.10時間/日
			費用対効果	1,162円/日	1,868円/日	15,439円/日	8,189円/日
			生産性向上割合	1.59%	2.36%	2.95%	3.04%
試算 ②	見守りシステム	夜勤業務が20%効率化し、その分、夜勤業務の人員基準を変更できる		基準どおりの人員配置		基準よりも厚めの人員配置	
			必要常勤換算職員数	▲2人		▲5人	
			1週間の延べ日勤・夜勤回数	夜勤 ▲7回		夜勤 ▲14回	
			費用対効果	0.9万円/日		4.4万円/日	
			生産性向上割合	2.37%		7.44%	
試算 ③	排泄支援機器	夜勤時のおむつ交換業務が発生しなくなる		入所者の90%に導入		入所者の50%に導入	
			労働時間短縮効果	10.16時間/日		10.16時間/日	
			費用対効果	8,434円/日		14,535円/日	
			生産性向上割合	1.61%		2.78%	
試算 ④	装着型の移乗介助ロボット	腰痛を理由として退職する介護職員がゼロになる	離職防止効果	4,811人/年の内数			
			費用対効果	事業所ごとの介護職員の採用・研修コストにより異なる			

## 2-3-13 IT・機器活用による生産性向上・負荷軽減のための政策対応の方向性について

- IT・機器活用による介護の生産性向上・負荷軽減は極めて重要である一方、人員基準や施設基準、夜間の勤務基準などの規制体系が様々な創意工夫・イノベーションの発現の抑制要因になりえる。
- 介護の質の確保を前提として、事業者や機器等開発事業者の様々な創意工夫やイノベーションを引き出すような制度体系を目指して行くべきではないか。

### <課題①>

夜間の見守り支援機器など、介護の質を維持・向上させつつ、同時に人員の効率化効果が見込まれる場合であっても、夜勤の人員基準等により実際には人員の効率化を行うことができず、機器導入の費用対効果が抑制される。

### <政策対応の方向性①>

介護の質が確保されることを前提に、人員の効率化を実現する機器等を導入した際には基準等を緩和していく発想が必要になるのではないか。

### <課題②>

アセスメントや介護記録などのデータについて、データフォーマットが各事業者間、あるいは事業者内であっても標準化されておらず、介護の効率化効果の分析やケアプランへのフィードバック等をデータに基づいて行うことが困難。

### <政策対応の方向性②>

介護記録等の電子化を進めるにあたり、データフォーマットや記載事項等を標準化するなどのアプローチにより、データに基づく効果分析を行うことのできる環境整備を進めるべきではないか。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 2-3-14 介護の質の向上について

- 本節において、介護の質の向上に係る考え方について、政策対応の方向性と併せて概観する。

### 介護サービスの質・生産性向上の方策の概観

#### IT・機器等テクノロジーの活用による生産性向上

機器等活用による労働時間の短縮

機器等活用による労働負荷の軽減

#### データ利活用等による介護の質の向上

#### オペレーション効率化等による生産性向上

大規模化・複合化による効率化

集住等による介護(予防)サービス受給者の密度向上による効率化

保険外サービスの拡大による事業性の向上

## 2-3-15-1 データ利活用等による介護の質の向上について①

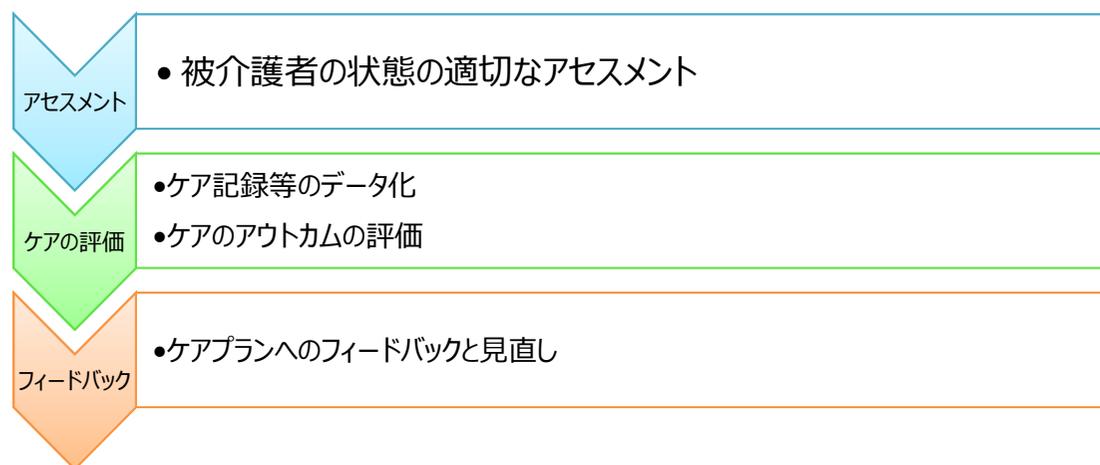
- 介護の質は、医療と同様にストラクチャー評価（人的配置等）、プロセス評価（サービス提供の内容等）、アウトカム評価（被介護者の状態変化等）の3つの観点から評価されるものと考えられる（ドナベディアン<sup>1</sup>の質評価モデル）。
- 利用者目線に立ちつつ、介護サービス全体の効果や効率を向上していく観点からは、アウトカム評価に基づく評価体系を強化していく発想が重要と考えられる。
- アウトカム評価に基づく介護の質の向上を実現するためには、
  - ①被介護者の状態の適切なアセスメント
  - ②被介護者の状態変化の評価（アウトカム評価）
  - ③アウトカム評価のケアプラン等へのフィードバック

のP D C Aが機能することが必要となるが、これを効果的かつ効率的に実現するためには介護に係るデータ基盤の確立が必要となる。

質の評価項目（ドナベディアン<sup>1</sup>の質評価モデル）

項目名	定義
ストラクチャー評価	人的配置等
プロセス評価	事業者と利用者間の相互作用等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施）
アウトカム評価	サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

アウトカム改善のP D C Aについて



## 2-3-15-2 データ利活用等による介護の質の向上②

- また、現行の介護報酬等では、アウトカム評価が少なく、事業者側にとってサービス提供方法を効率的にするインセンティブや利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが少ないとの指摘がある。

参考3	介護報酬上の主な介護サービスの質の評価(例)		
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
サービス共通		・要介護度別の基本報酬(H12-)	
訪問介護・介護 予防訪問介護	・ヘルパー2級であるサービス提供 責任者に係る減算(H24-)	・生活機能向上連携加算(H24-)	
訪問看護・介護 予防訪問看護	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・特別管理加算(H12-)	
訪問リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・リハビリテーションマネジメント加算(H18-)	・社会参加支援加算(H27-)
通所介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-) ・認知症加算(H27-)	・個別機能訓練加算(H21-)	
通所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-)	・リハビリテーションマネジメント加算(H18-) ・短期集中個別リハビリテーション実施加算(H27-) ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(H27-)	・社会参加支援加算(H27-)
介護予防通所介 護・介護予防通 所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算 (H18-) ・生活機能向上グループ活動加算(介護予防通所介護)(H24-)	・事業所評価加算(H18-)
小規模多機能型 居宅介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・看護職員配置加算(H21-)	・総合マネジメント体制加算(H27-) ・看取り連携体制加算(H27-)	
介護老人福祉施 設	・看護体制加算(H21-)	・日常生活継続支援加算(H21-) ・看取り介護加算(H27-)	
介護老人保健施 設		・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・ターミナルケア加算(H21-)	・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(H24-)
介護療養施設		・褥瘡対策指導管理(H15-) ・感染対策指導管理(H15-)	
施設系(横断)	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・夜勤職員配置加算(H21-)	・経口維持加算(H18-) ・口腔衛生管理加算(H27-)	

- ・ ( )内は、加算が新設された時期を記載した。
- ・ ドナベディアン<sup>®</sup>の質の評価モデルに基づき、介護報酬の分類例を示した。全ての介護報酬を分類したものではない。
- ・ 複数の要素を算定要件としている加算については、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類した。

## 2-3-15-3 介護の質の確保の為の方策について

- 要介護度の改善等を指標として、介護事業者に対して独自のインセンティブを設定する自治体も見られる。

	品川区	川崎市
事業名	品川区要介護度改善ケア奨励事業 (H25年度～)	「かわさき健幸福寿プロジェクト」モデル事業 (H26年度～)
概要	<p>入所・入居者の要介護度が軽減された場合に、要介護度の改善の段階に応じて奨励金を支給（最大12ヶ月）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1段階改善：2万円/月</li> <li>・2段階改善：4万円/月</li> <li>・3段階改善：6万円/月</li> <li>・4段階改善：8万円/月</li> </ul>	<p>介護サービス事業所による要介護度、ADL※1、IADL※2又はQOL※3の維持・改善の取組結果に応じて、インセンティブを付与。</p> <p>&lt;インセンティブ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市主催イベントでの表彰</li> <li>・認証シール等の付与</li> <li>・市のHPの掲載</li> <li>・奨励金(細部検討中)</li> </ul>
指標	要介護度	要介護度、ADL、IADL又はQOL
対象	「品川区施設サービス向上研究会」参加の社会福祉法人等が運営する入所・入居施設（特養、老健、特定施設）	モデル事業の協力事業所（居宅介護支援、通所介護、訪問介護、特養、福祉用具、ショートステイ、小規模多機能）

※1 Activities of Daily Living の略。『日常生活動作』と訳され、食事や排泄、移動、入浴等の基本的な行動を指す。

※2 Instrumental Activity of Daily Living の略。『手段的日常生活動作』と訳され、買い物や洗濯、掃除等の家事全般、金銭や服薬の管理など、ADLより複雑で高次の動作のこと。

※3 Quality of Life の略。『生活の質』と訳され、人間らしく満足して生活しているかを評価する概念。

## 2-3-16 データ利活用等による介護の質の向上のための政策対応の方向性について

- 介護サービスのアウトカム評価に基づく介護サービス提供を促す仕組みにより、介護サービスの質の確保、向上へのインセンティブを働かせるべきではないか。

### <課題①>

被介護者の状態のアセスメントについて、地域ごと・事業者ごとに判断の考え方が異なっている状況にある。

### <政策対応の方向性①>

アウトカム評価に基づく介護の質の確保を進めていくためには、被介護者の状態のアセスメントについて考え方を標準化していく発想が必要になるのではないか。

### <課題②>

アウトカム評価を行うためには、ケア記録の分析が必要となる。  
現状では、自治体・事業者ごとにケア記録のフォーマットが異なっていると同時に、電子化されていない事業者も多いため、事業者ごと、利用者ごとにアウトカム評価を行うのが困難。

### <政策対応の方向性②>

ビッグデータアプローチによるアウトカム評価を可能とするため、標準化されたケア記録を整備するべきではないか。  
先進的な事業者や事業所において、アセスメント及び介護記録を標準化し、データによる分析を実装していくべきではないか。

### <課題③>

介護報酬上でのアウトカム評価項目が少なく、事業者側にとって介護サービスの質の向上、要介護度改善へのインセンティブが低い状況。

### <政策対応の方向性③>

アウトカム評価に基づくインセンティブを構築するため、要介護度といった複合的な指標ではなく、個別の指標（歩行可能距離、口腔機能等）によるアウトカム評価を検証していくことが必要ではないか。  
その上で効果が実証されたケア内容については、介護報酬上のインセンティブに組み込んで発想が重要ではないか。

# 2-3-17 介護の質・生産性の向上（好循環のメカニズムを発現させる）

- ここまで議論をしてきた質・生産性の向上のためのメカニズムを作用させるため、下記のようなPDCAサイクルのメカニズムの転換が必要になるのではないか。

## 介護のPDCA（現状）

### 【課題1】

- 現在、介護の質は、人員配置基準や施設基準など、ストラクチャー評価を中心に担保されている。
- これは、実行が容易であるが、生産性の向上のためのイノベーションや創意工夫を発揮するインセンティブが働きにくい。

ストラクチャー評価による質の確保

ケアプランの作成

介護サービスの提供

生産性向上、  
質・アウトカム向上

### 【課題2】

- 要介護状態のアセスメントが標準化されておらず、ケアプランの作成が経験知等によっている。

### 【課題3】

- 介護記録のデータが共有されておらず、被介護者の状態改善等のアウトカムや生産性の向上効果をデータにより評価することが困難。

### 【課題4】

- 生産性改善のインセンティブが欠如。また、アウトカムの評価手法が確立されておらず、インセンティブも限定。

メカニズムを転換

## 介護のPDCAの将来像

### 【政策対応1】

- ストラクチャー評価の弾力化により、IT・ロボットの活用や施設・人員の有効活用など、創意工夫・イノベーションを可能に。

ストラクチャー評価による質の確保

ケアプランの作成

介護サービスの提供

生産性向上、  
質・アウトカム向上

生産性向上のPDCA

質・アウトカム向上のPDCA

### 【政策対応2】

- アセスメントの標準化による被介護者の状態及びケアプランの標準化。

### 【政策対応3】

- ケア記録の標準化により、介護サービスを科学的に分析可能とする情報基盤の構築。

### 【政策対応4】

- 生産性やアウトカム評価に基づく介護報酬等のインセンティブ設定。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

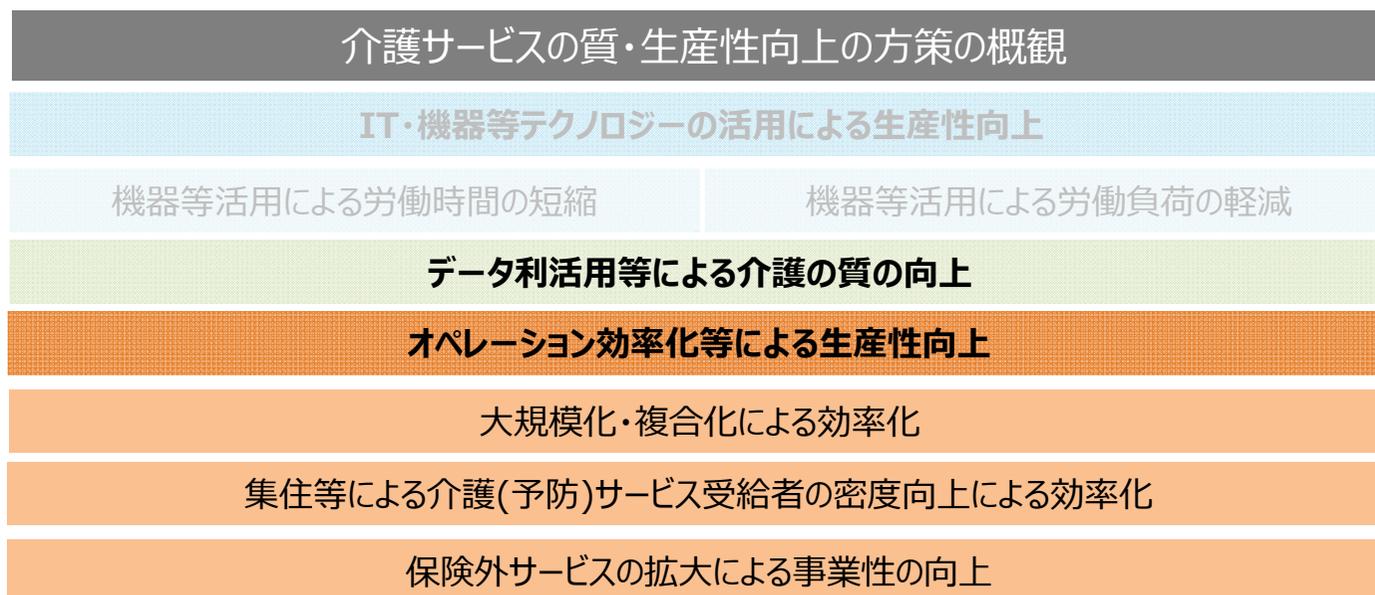
- 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
- IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
- 介護の質の向上について
- その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

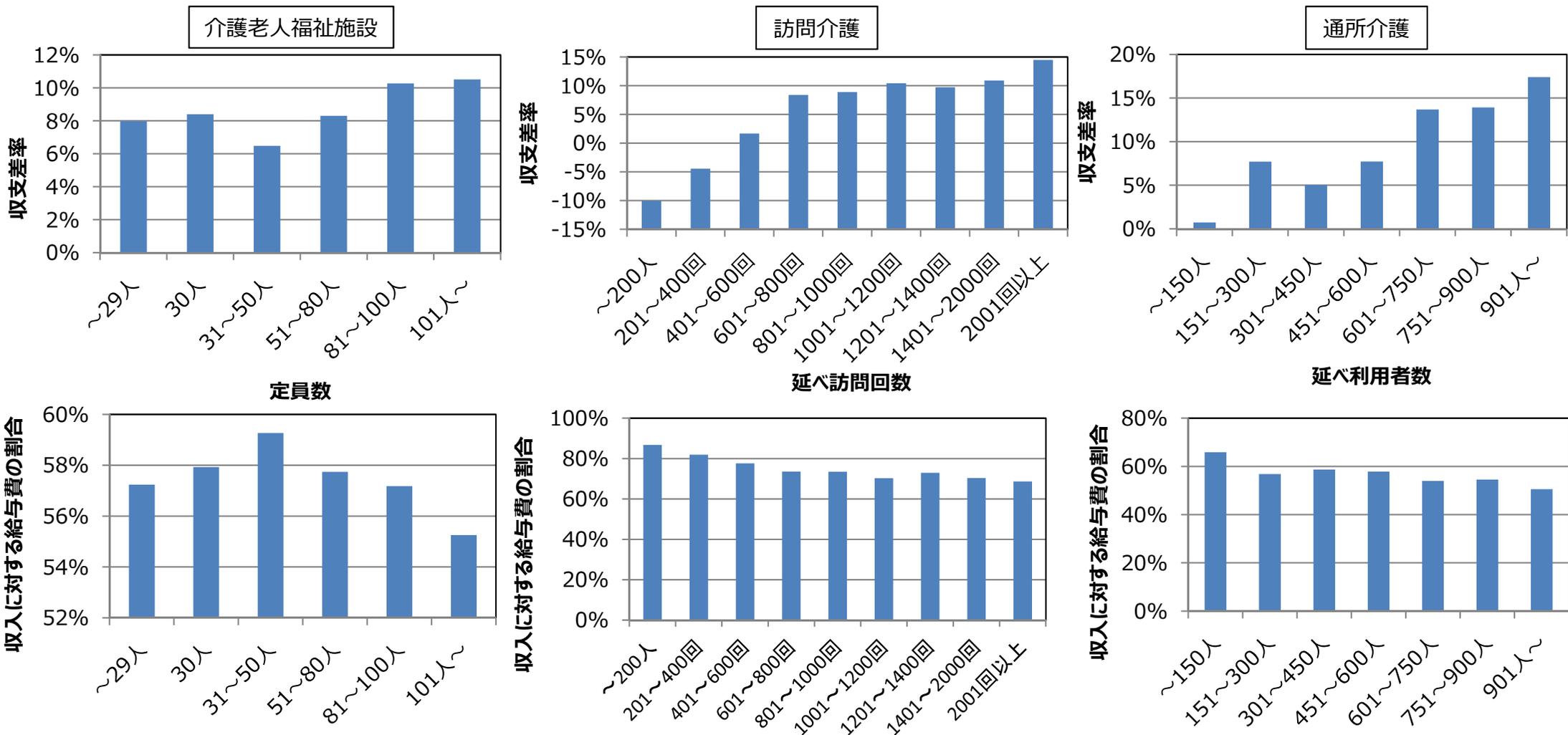
## 2-3-18 その他の生産性向上策について

- その他、本節において、オペレーションの効率化等による生産性向上や介護の質の向上に係る考え方について、下記の政策対応の方向性と併せて概観する。



## 2-3-19 大規模化・複合化による効率化効果について

- 事業規模の拡大によって、収支差率の向上と収入に対する給与費の割合が低下する傾向にある。
- 事業規模拡大が人材の有効活用やコンプライアンスコストの低減、生産性の向上につながっている可能性。
- また、複合的なサービス提供（特養、老健、デイサービス、診療所機能の一体的な提供等）により、地域のニーズに総合的に応えつつ、有資格者や職員の効率的な活用を図る余地があるものと考えられる。



## 2-3-20 大規模化・複合化による効率化のための政策対応の方向性について

- 事業性向上のためには、事業規模の拡大や複合的なサービス提供、あるいは事業者等の連携を促す仕組みが有効。
- 規模拡大、複合的なサービス提供、事業者間の連携促進のための政策対応の方向性として、下記の方向性が考えられるのではないか。

### <課題①>

老人福祉施設において100人ごとに一名確保する必要がある生活相談員などの人員基準の存在が規模拡大の抑制要因として作用。

### <政策対応の方向性>

例えば、介護の質の維持を前提として、規模拡大等による人員の効率化が実証された場合には、人員基準を緩和することなどを検討するべきではないか。

### <課題②>

老人福祉施設、老人保健施設、短期入所、通所サービス等を複合的に提供する事業者において、人員の融通を柔軟に求めるような仕組みが有効な可能性。

### <政策対応の方向性②>

一定の区域内における同一事業者による複合的なサービス提供や、事業者間の連携に係る一定の要件を満たした場合における人員基準の柔軟な運用などを検討できないか。

### <課題③>

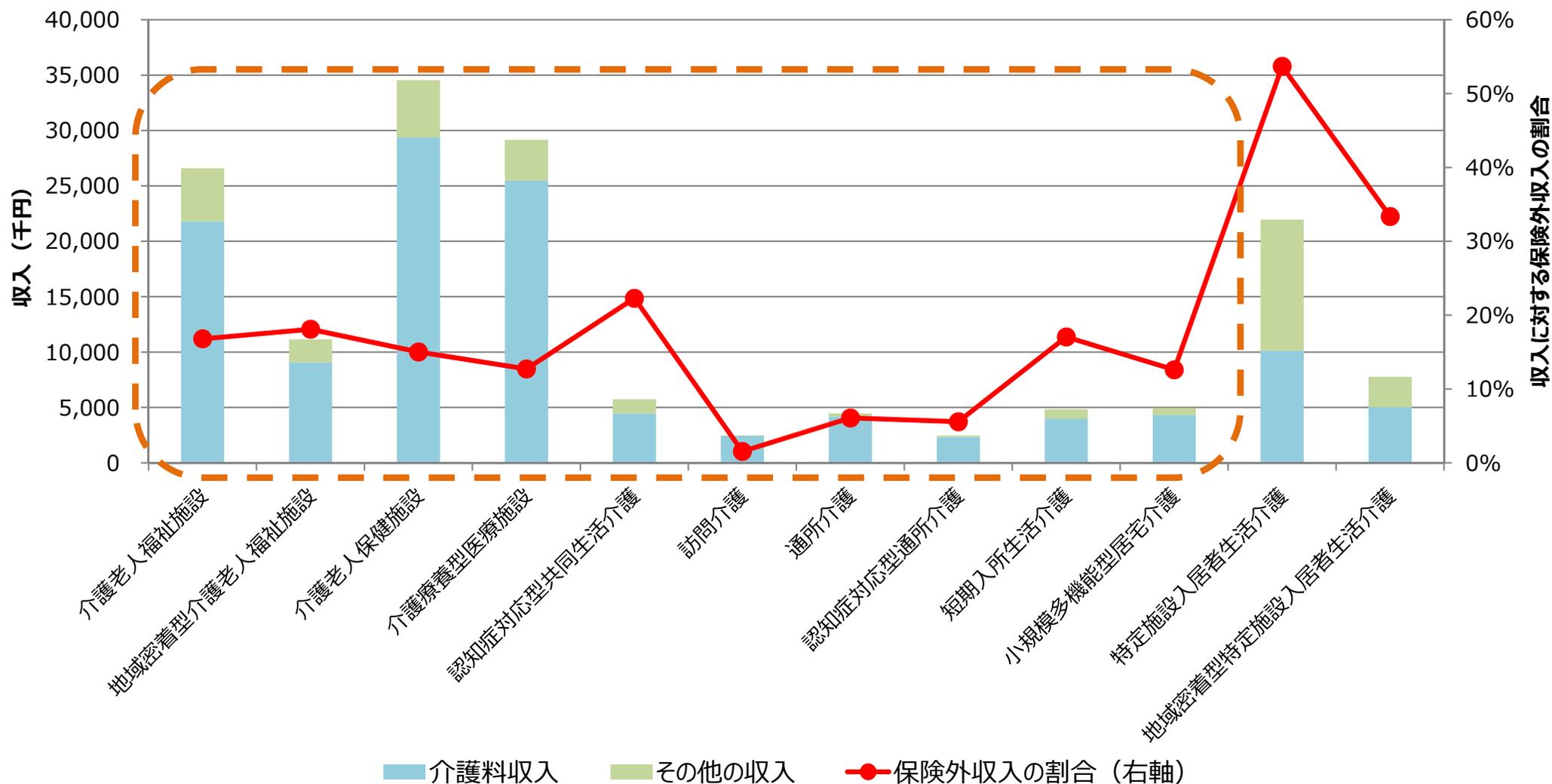
小規模事業者の活力発揮は重要である一方、小規模事業者等においては各事業者単体で研修コストやコンプライアンスを負うことは困難なケースが多い。

### <政策対応の方向性③>

小規模事業者においても、バックオフィス機能等の合理化を実現できるよう、例えば事業者間の連携によりバックオフィス機能を合理化（研修の共同実施への支援や介護記録システムの共同導入への支援等）することを促す仕組みも有効なのではないか。

## 2-3-21 保険外サービスの拡大による事業性の向上について

- 特定施設を除く各サービスにおける収入に占める保険外収入の比率が低く、介護報酬に依存している傾向にある。



## 2-3-22 保険外サービスの拡大による事業性の向上のための政策対応の方向性について

- 保険外サービスの拡大は、
  - ・保険給付を抑制しつつ、高齢者にとって必要な介護関連サービス・生活支援サービスを提供する観点
  - ・事業者の収益性の向上、介護報酬の変更による事業収入へのリスク低減
  - ・保険外サービス産業の振興などの観点から重要。

### <課題①>

特に居宅系の介護サービスにおいて保険外サービスの活用が限定的であり、安定的な事業性の確保を図る上での課題に。

### <政策対応の方向性①>

保険外のサービスを促すためには、「保険外サービスガイドブック」の活用等を通じた利用者のニーズに合った保険外サービスの紹介など、利用者が保険外サービスを選択しやすい環境を整備していくことが有効ではないか。

### <課題②>

例えば、特定施設では人員配置を厚くすることで、サービス価格の利用者負担分を上乗せし、保険外の収入を増やしているケースがある。訪問介護等においても質の高いサービスについては、サービス価格に反映することを可能とすることで、保険外収入の拡大につながりうる。

### <政策対応の方向性②>

サービスの質の担保、事業者のサービスの質を評価する枠組みの強化と、保険外収入の拡大促進策（サービス価格の上乗せを認めることなど）を組み合わせた保険外サービスの拡大策について検討することはできないか。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ② 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の道徳
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

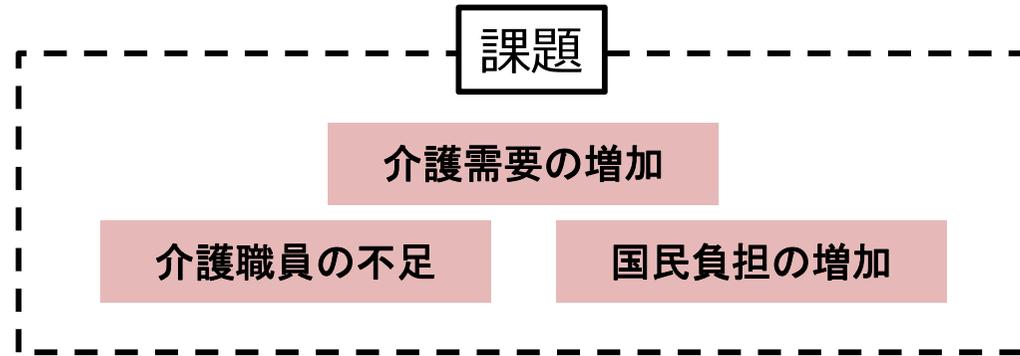
## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 2035年を乗り越え、将来にわたって必要な介護サービスを確保していくために

- 将来、介護(予防)サービス受給者の増加に伴う介護職員や介護施設の不足、公費・保険料負担の拡大など、介護を取り巻く課題が一層深刻化していく。
- 課題克服のための原資は介護サービスの質と生産性の向上。官と民がそれぞれの役割を明確にしながら、また協調しながら、質と生産性向上のためのビジョンを共有し、必要な対応を効果的、効率的に行っていくことが必要。
- 本章においては、ここまで捉えてきた3つの観点と対応策、即ち
  - ・介護サービスの質・生産性の向上のための方策
  - ・高齢者自身による自助の力の醸成と高齢者を支える機能構築のための方策
  - ・地域特性に即した介護サービスの実現のための方策の実現に向けたビジョンとロードマップを、官民の役割分担、官民の協調が必要な領域における取組などの方針や時系列を明らかにしながら描き出す。

### 3-1-1 介護サービスの将来ビジョン



課題解決のための原資

#### 介護現場の変革ビジョン

介護サービス提供の質・生産性の抜本向上

#### 地域ビジョン

地域特性に即した

効果的・効率的な介護サービスの構築

#### 個人の生涯設計ビジョン

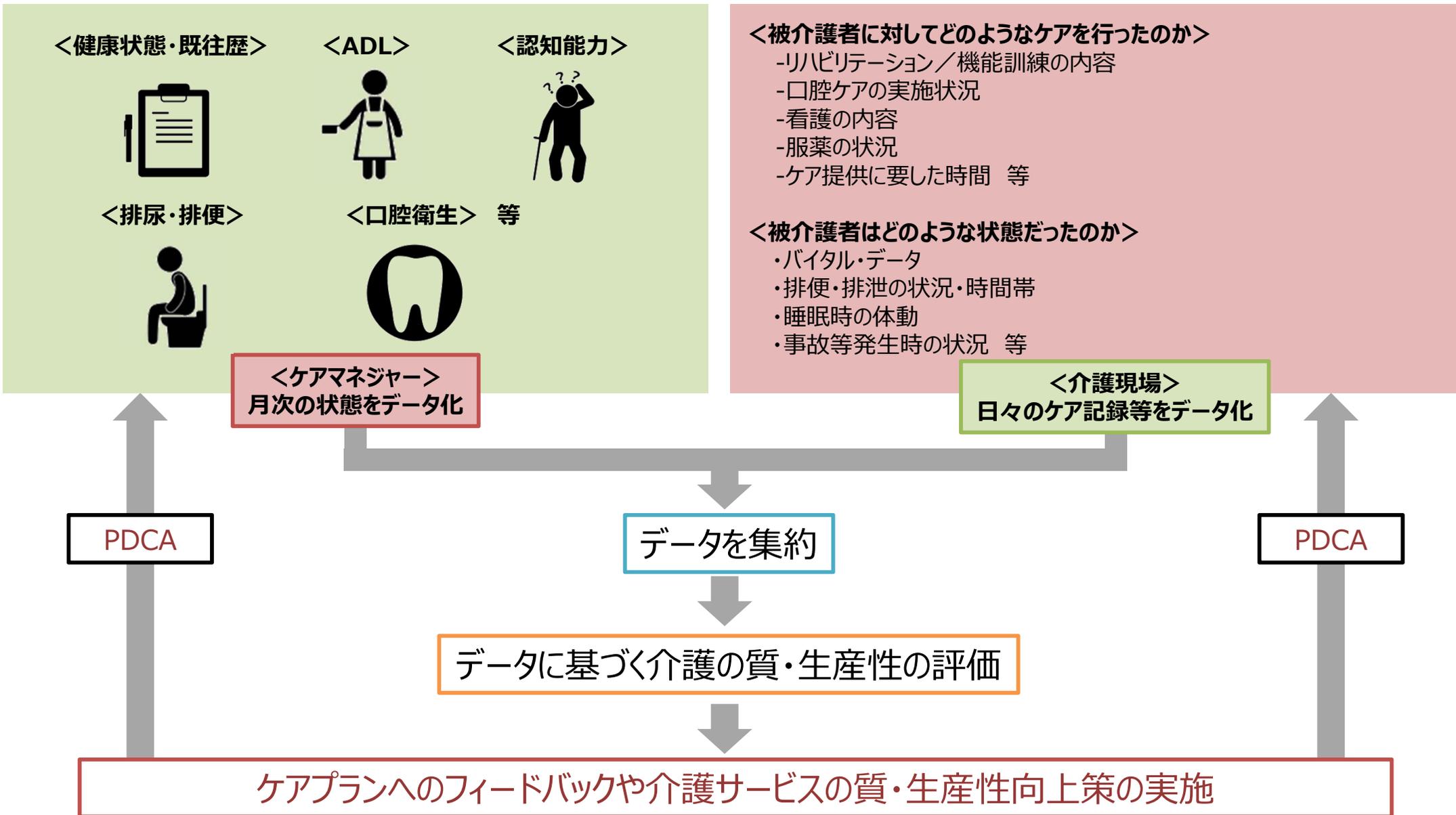
将来の高齢者を取り巻く

経済的・社会的環境に即した対応

# 3-1-2 介護現場の変革ビジョン①

## ～データに基づく質・生産性向上PDCAの構築～

被介護者のアセスメント・介護記録の標準化・データ化



### 3-1-3-1 介護現場の変革ビジョン②～施設介護サービスのブレークスルー～

#### <先進的なセンサー技術の活用>

- センサーにより、被介護者の行動・状態を自動的に解析・把握
  - 起床
  - 離床
  - 転倒・事故等
  - 呼吸状況
  - 睡眠レベル
  - 排泄前の体動、覚醒レベル 等
- センサー情報の活用による介護オペレーションの大幅な効率化

センサー情報を自動的に集約・記録

#### <データ化による質・生産性向上とPDCAサイクル>

- スマートフォン・タブレット等活用により、被介護者の状態、介護記録等を瞬時に電子化・共有
- データに基づく介護オペレーションの質・生産性の評価
  - ケアプランへのフィードバック
  - 介護オペレーションの見直し

#### <ロボット等活用による負荷の軽減>

- 移乗支援ロボット活用、排泄支援器機等の活用による介護職員の負荷軽減

#### <大規模化による効率化>

- IT・センサー・介護ロボット導入時の費用対効果の向上
- 介護需要の高密化により複合的なサービス提供を効率的に実現

データと機器等活用による「スマート施設介護」の実現

## 3-1-3-2 センサーシステムによる介護現場の変革ビジョンのイメージ



近赤外線センサー  
マイクロ波センサー  
等

○入居者の行動を  
映像で職員に通知  
(起床・離床・転倒転落・呼吸  
異常等)

- 無駄な駆けつけ業務の減少
- 状態を確認し、必要な準備をした上で駆けつけ（直接介護業務、準備業務も効率化）
- 呼吸異常等検知により定期巡回業務を効率化。

○入所者の転倒転落  
前後の映像を記録

- 事故状況を把握することが可能



○音声入力やバイ  
タル情報の電子  
入力により、ケア  
記録作成

- 記録業務の効率化
- ミスの防止



PCサーバー



職員各個人のスマートフォン

○データによる情報共有

- スタッフ間の情報共有業務の効率化
- 連絡漏れ・連絡ミスを防止

○データに基づくケアプラン等へのフィードバック

# 3-1-4 介護現場の変革ビジョン③～居宅介護サービスのブレークスルー～

## <先進的なセンサー技術の活用>

- センサーにより、被介護者の行動・状態を自動的に解析・把握
  - 転倒・事故等状況把握
  - 呼吸や行動の状況

センサー情報を自動的に集約・記録

## <ケア記録等の電子化>

- スマートフォン・タブレット等活用により、被介護者の状態、介護記録等を瞬時に電子化・共有
  - 記録業務、情報共有業務等を効率化



## <ロボット等活用による負荷の大幅軽減>

- 排泄支援機器の導入、サービス担当者会議のTV会議化等により家族負担、ケアマネジャー・介護職員負担を大幅に軽減

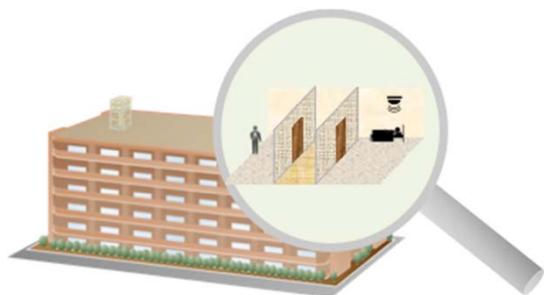
## <集住化による効率化>

- サービス付き高齢者向け住宅内などの訪問介護事業所を核とした訪問サービス圏を構築することで介護需要を高密度
- 介護需要密度を高めることにより移動時間を縮減し、居宅介護であっても施設介護並みの効率性を実現

単身でも安心して暮らせる「家族介護を前提としない居宅介護サービス」の実現

# 3-1-5 介護現場の変革ビジョン④～官民の役割分担と協調領域～

施設介護サービスのブレークスルー



居宅介護サービスのブレークスルー



＜民の役割＞

施設介護のブレークスルーへのチャレンジ

- I T・センサー・ロボット等の活用
- データに基づく介護の質・生産性向上のPDCA
- 大規模化や複合化による効率化

＜民の役割＞

居宅介護のブレークスルーへのチャレンジ

- I T・センサー・ロボット等の活用
- 介護需要密度の高い地域における施設介護並に効率性の高い居宅介護サービスの構築

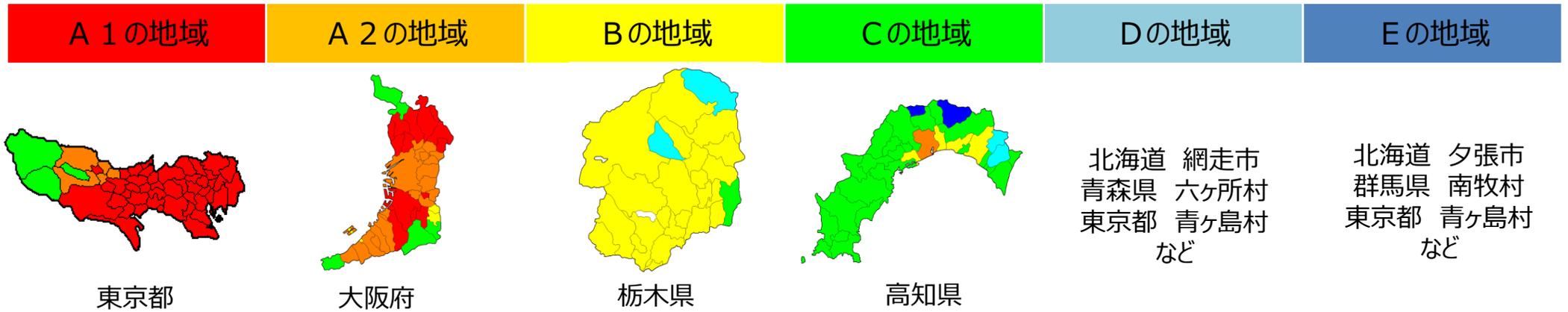
＜官民協調領域＞

介護のアセスメントや介護記録データの標準化  
データの集約化と質・生産性向上効果の分析

＜官の役割＞

データに基づく質・生産性向上のための基準・介護報酬設計

# 3-1-6 地域ビジョン① ～将来の地域特性に即した介護サービス基盤の構築～



- 介護(予防)サービス受給者の密度が高く、また、介護(予防)サービス受給者の絶対数が多い。
- 労働力が豊富である一方で、平均所得が高いために介護の労働力の確保が困難に。

- 介護(予防)サービス受給者の密度が高く、また、介護(予防)サービス受給者の絶対数が多い。

- 介護(予防)サービス受給者の密度が一定程度確保されており、また労働供給の制約は比較的小さいため、相対的に課題は少ない。

- 介護職員の確保が困難。

- 介護(予防)サービス受給者の数についても減少する地域が多い。
- 介護サービス受給者の密度が低い、労働力の制約は比較的小さい。

- 介護(予防)サービス受給者の数についても減少する地域が多い。
- 介護(予防)サービス受給者の密度が低く、かつ介護職員の確保が困難。

# 3-1-7 地域ビジョン②(A地域)～高い介護需要密度を活かしたサービス基盤構築～

## A地域の将来の地域特性

- 介護(予防)サービス受給者の密度が高く、訪問介護、通所介護の事業性が確保しやすい可能性。更に、IT・センサー等の活用と組み合わせることにより居宅介護の大幅な生産性向上が見込める。
- 介護需要規模が大きいため、施設整備にあたっては大規模化などを通じた効率的な施設整備の観点が重要に。
- 介護(予防)サービス受給者の絶対数が大きいため、ITや機器等導入の費用対効果を得やすく、また効果検証を行うためのデータの収集も比較的容易と考えられる。

## A地域における介護サービス提供ビジョン

### <官の役割>

- 介護需要の高密性を活かした大規模な実証や質・生産性向上の効果の検証

### <民の役割>

- 介護需要の高密性を活かした生産性の高い居宅介護サービス提供へのチャレンジ
- 介護需要に見合った大規模な施設整備や、複合的なサービス提供

### <官民の協調領域>

- 団地再生時等における大規模な施設やサービス付き高齢者向け住宅の整備など、官民一体となったまちづくり



## 3-1-8 地域ビジョン③（C地域）～官民一体となった人材確保策の推進～

C地域の将来の地域特性

- 将来の就業者人口に占める必要な介護職員数の割合が高く、介護職員の確保が困難となることが見込まれる。

C地域における介護サービス提供ビジョン

### <官の役割>

- 相対的に介護職員や介護サービスが確保されている地域との連携の確保

### <民の役割>

- 高齢者の活躍など、潜在的な人材リソースのフル活用
- 中心市街地における施設やサービス付高齢者向け住宅の整備など、介護需要の集約と親和的なサービス提供

### <官民の協調領域>

- 介護サービスの効率性を大幅に向上させるため、中心市街地への移り住み促進やコンパクトシティ化など官民一体となったまちづくり



# 3-1-9 地域ビジョン④ (D～E地域) ～縮小する人口への適切な対応～

## D～E地域の将来の地域特性

- 過疎化の進展が進んでおり、就業者人口のみならず、高齢者・介護(予防)サービス受給者の人口減少も進んでいく。

## D～E地域における介護サービス提供ビジョン

### <官の役割>

- 移り住み支援など、介護需要の集約・地域の持続性確保のための政策資源の投入
- 既存のストックの活用など、負担能力に即したサービス提供の促進

### <民の役割>

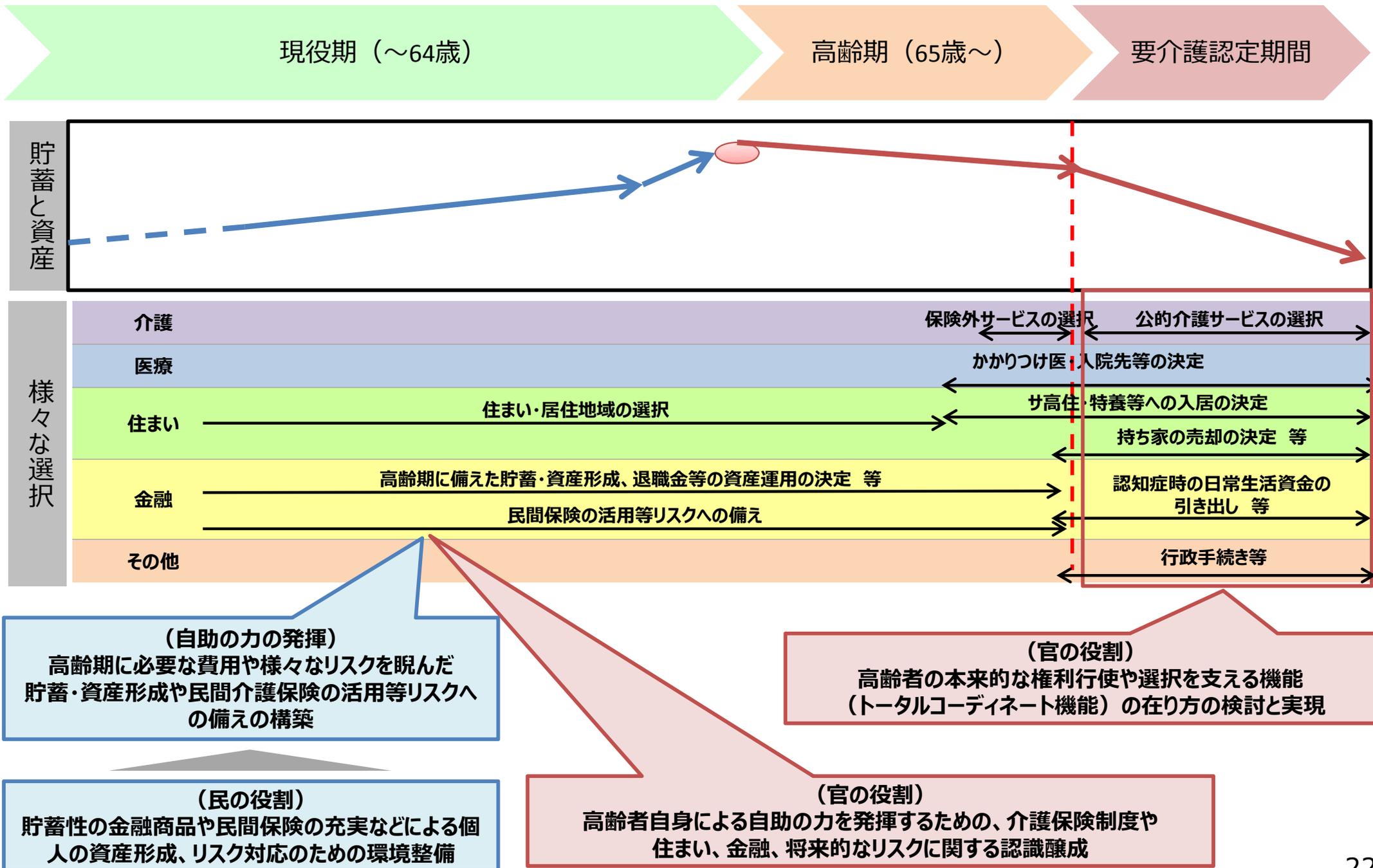
- 介護需要や効率性の確保が見込める中心市街地におけるサービス基盤の構築など、中長期的な事業の持続性を睨んだサービス提供

### <官民の協調領域>

- 過疎化が進んだ地域からの中心市街地への移り住みを可能とする住宅や介護サービスの提供など官民一体となった地域の持続性確保のためのまちづくり

# 3-1-10 個人の生涯設計ビジョン

～自助の力と支える力の相乗効果による安心の確保～



## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 分析の方向性について
  - ② 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ③ 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の逍遙
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- ① 質・生産性向上のための方策の分析の方向性について
- ② 質・生産性の向上方策について
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

## 3-2-1 個々の施設サービスにおける生産性向上効果（試算）

- 施設サービスに、見守りセンサー・ケア記録等の電子化・排泄支援機器をはじめとする機器を導入した際の効率化効果を試算すると、1施設当たり31.1%の労働時間の効率化につながる見込み。

前提：入所者67.1人、全職員が常勤と仮定した場合の常勤換算職員数45.0人の特別養護老人ホーム、  
労働時間合計256.9時間/日（うち日勤 174.1時間/日、夜勤 82.7時間/日）

### <ケア記録等の電子化>

[ケア記録等にかかる労働時間 22.3時間/日]×[40%効率化]  
=労働時間効率化効果 8.9時間/日(3.5%)

### <見守りセンサー>

[総労働時間(ケア記録等にかかる時間を除く)234.5時間/日]×[15%効率化]  
=労働時間効率化効果 35.2時間/日(13.7%)

### <その他機器の導入等>

- 移乗介助ロボット
- 移動支援ロボット
- 食事介助ロボット
- 清掃支援ロボット
- コミュニケーションロボット 等

これらの機器の導入や新たなイノベーション・  
創意工夫による労働時間効率化効果  
25.7時間/日(10.0%)

### <排泄支援機器>

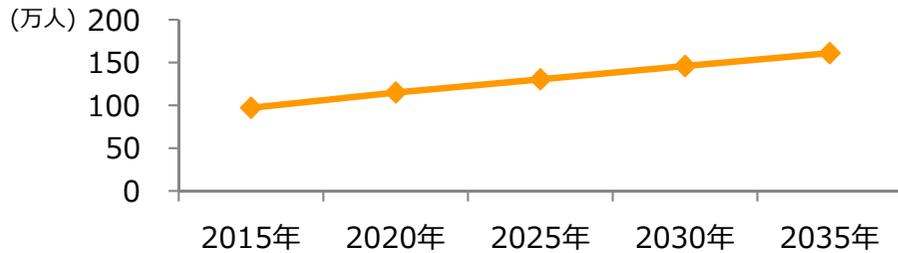
[夜勤のおむつ交換業務 10.2時間/日]×[100%効率化]  
=労働時間効率化効果 10.2時間/日(4.0%)

施設サービスの1事業所当たり **80.0時間/日（31.1%）労働時間が効率化**

## 3-2-2 施設サービスの効率化によるマクロ人材需給への効果

- 施設サービスに、見守りセンサー・ケア記録等の電子化・排泄支援機器を導入した際の効果を試算すると、2035年時点で35万人の介護人材需要が抑制される見込み。

### ①施設系の介護職員数の将来推計（介護需要にあわせて伸ばした場合）



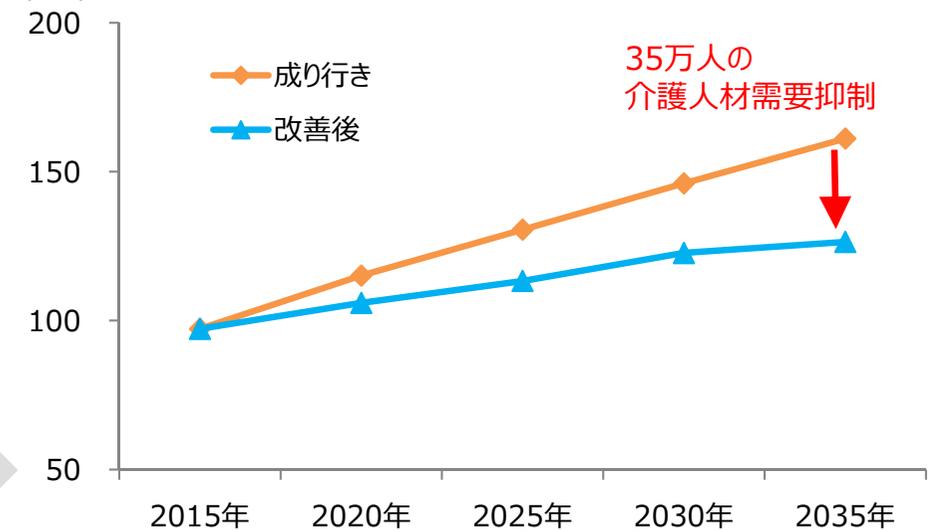
### ②機器の導入による労働時間効率化効果（仮定値）

	労働時間効率化効果
ケア記録等の電子化	ケア記録等にかかる時間の40%
見守りセンサー	労働時間（ケア記録等にかかる時間を除く）の15%
排泄支援機器	夜勤のおむつ交換業務にかかる時間の100%
その他機器等	業務時間全体の10%

### ③②の影響する割合（≒機器の導入率）

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
ケア記録等の電子化	60%	80%	100%	100%	100%
見守りセンサー	0%	30%	50%	60%	80%
排泄支援機器	0%	30%	50%	60%	80%
その他機器等	0%	20%	30%	40%	60%

### 【機器の導入による施設系の介護職員数の需要への影響】



(単位：万人)

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
成り行き	97	115	131	146	161
改善後	97	106	113	123	126
<b>介護人材需要抑制効果</b>	<b>—</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>35</b>
ケア記録等の電子化	—	1	2	2	2
見守りセンサー	—	5	9	12	18
排泄支援機器	—	1	3	3	5
その他機器等	—	2	4	6	10

(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、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）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、介護事業者等へのヒアリング結果より経済産業省が作成。  
小規模多機能型居宅介護事業所・複合型サービス事業所の職員については、「集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究事業」の1週間の訪問・通い・宿泊の平均提供時間で按分し、訪問・通所・施設系に職員数を割り振った。

### 3-2-3 個々の居宅サービスにおける生産性向上効果（試算）

- 居宅サービスに、ケア記録等の電子化や介護機器を導入し、かつ介護(予防)サービス受給者の集住によって移動時間が短縮されると仮定すると、1事業所当たり20.9%の労働時間の効率化につながる見込み。

前提：利用者47.2人、全職員が常勤と仮定した場合の常勤換算職員数7.8人の訪問介護事業所、  
全職員の労働時間合計62.6時間/日

#### <介護(予防)サービス受給者の集住>

介護(予防)サービス受給者の集住を促進し、訪問介護利用者の半分がサ高住等の集合住宅に居住した場合

=労働時間効率化効果 6.8時間/日(10.9%)

#### <ケア記録等の電子化>

[ケア記録等にかかる労働時間 7.8時間/日]×[40%効率化]

=労働時間効率化効果 3.1時間/日(5.0%)

#### <その他機器等の導入等>

##### ○見守りセンサー

- ・高齢者の行動状況や転倒等の把握
- ・駆けつけの要否の判断
- ・高齢者の睡眠状態の確認
- ・バイタル情報の取得（医療との連携）

##### ○サービス担当者会議のTV会議化

##### ○排泄支援機器

##### ○移乗介助ロボット

##### ○コミュニケーションロボット 等

これらの機器の導入や新たなイノベーション・  
創意工夫による労働時間効率化効果  
3.1時間/日(5.0%)

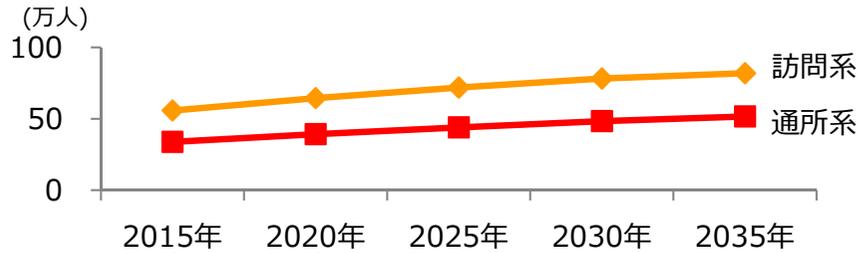
訪問サービスの1事業所当たり **13.1時間/日（20.9%）労働時間が効率化**

出典）厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、日本ホームヘルパー協会「サービス提供責任者業務分析調査報告」、株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業報告書」、厚生労働省「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」、厚生労働省「介護保険事業状況報告」、厚生労働省「集合住宅におけるサービス提供について（案）」、厚生労働省「介護給付費実態調査」、株式会社 日本総合研究所「集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究報告書」、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）」よりヒアリングをもとに経済産業省が作成。

# 3-2-4 居宅サービスの効率化によるマクロ人材需給への効果

- 居宅サービスに、ケア記録等の電子化をはじめとする機器を導入した際の効果と、介護(予防)サービス受給者の集住による効果を足し合わせると、2035年時点で16万人の介護人材需要が抑制される見込み。

## ① 居宅系の介護職員数の将来推計（介護需要にあわせて伸ばした場合）



## ② 機器の導入による労働時間効率化効果（仮定値）

労働時間効率化効果	
ケア記録等の電子化	ケア記録等にかかる時間の40%
その他機器等	業務時間全体の5%

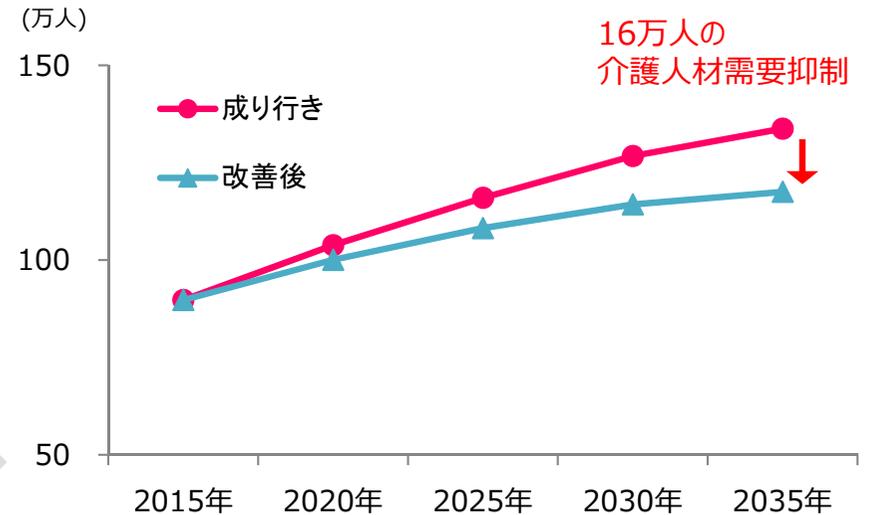
## ③ ②の影響する割合（≒機器の導入率）

		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
訪問	ケア記録等の電子化	30%	50%	70%	100%	100%
	その他機器等	0%	20%	30%	40%	50%
通所	ケア記録等の電子化	60%	80%	100%	100%	100%
	その他機器等	0%	20%	30%	40%	60%

## ④ 介護(予防)サービス受給者の集住促進による効果（訪問系のみに影響）

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
介護(予防)サービス受給者の集住促進	0%	2.7%	5.4%	8.2%	10.9%

## 【機器の導入による居宅系の介護職員数の需要への影響】



(単位：万人)

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
成り行き	90	104	116	127	134
機器導入後	90	100	109	114	118
<b>介護人材需要抑制効果</b>	<b>—</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>16</b>
ケア記録等の電子化	—	1	2	3	4
その他機器等	—	1	2	3	4
介護(予防)サービス受給者の集住促進	—	2	4	6	9

(出典) 総務省「平成22年国勢調査」、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）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、介護事業者等へのヒアリング結果より経済産業省が作成。

小規模多機能型居宅介護事業所・複合型サービス事業所の職員については、「集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究事業」の1週間の訪問・通い・宿泊の平均提供時間で按分し、訪問・通所・施設系に職員数を割り振った。

# 3-2-5 労働環境の改善による離職率低下・高齢者雇用拡大のマクロ人材需給への効果

- 機器導入・処遇改善等による離職率低下と、高齢者雇用の拡大により、2035年において、計約17万人の介護人材を確保できる見込み。

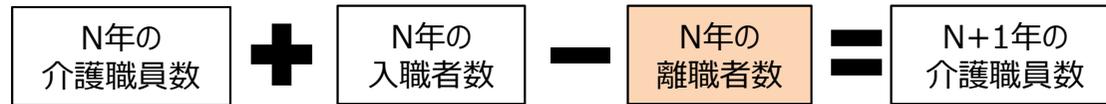
## 機器導入・処遇改善等による離職率低下(+8万人)

### 【離職率の低下（仮定値）】

	効果
機器導入・処遇改善	労働環境の改善により、介護職員の離職率が2035年にかけて1%低下(17.5%※⇒16.5%)

※ 介護労働安定センター「介護労働実態調査結果」における2010～2014年の離職率（訪問介護員・介護職員の合計、正規・非正規職員の合計）の平均値。  
 なお、平成26年雇用動向調査における全産業の離職率の平均は、15.5%

### 【N+1年の介護職員数の推計】

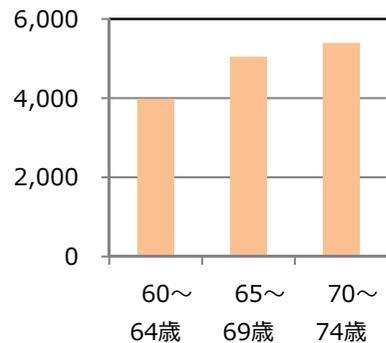


離職率を2035年にかけて1%低減(17.5%⇒16.5%)

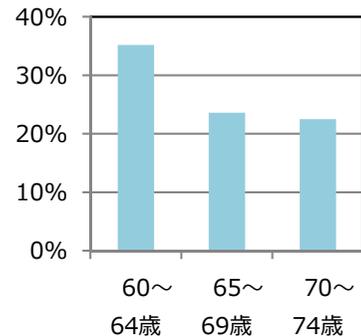
2013年～2035年の計算を積み上げると、2035年時点で+8万人

## 高齢者などの潜在的なリソースの活躍(+9万人)

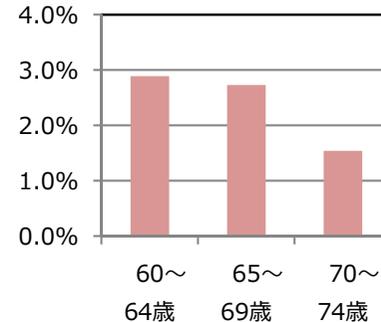
2035年時点における60～74歳の就業者を除く人口



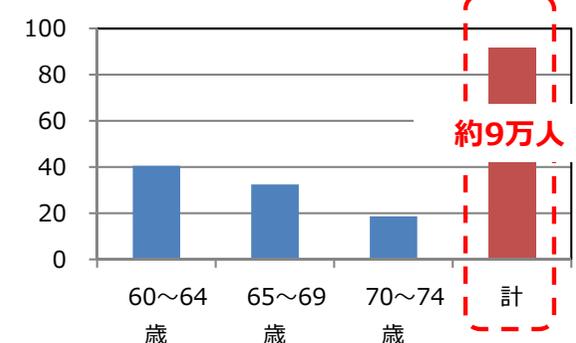
収入のある仕事をしていない人の中で、仕事に就きたい意向の人の割合



労働力人口に占める介護従事者の割合



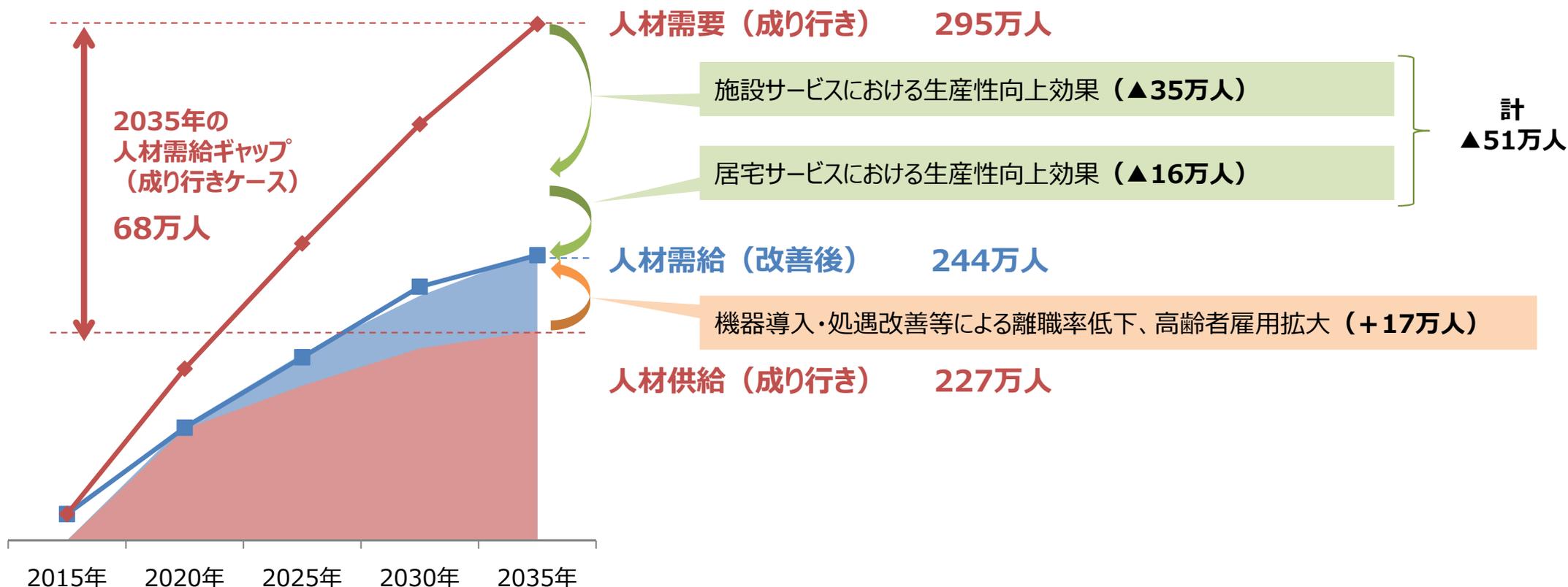
潜在的な介護人材余力



(出典) 厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度雇用動向調査」、介護労働安定センター「介護労働実態調査結果」、公益財団法人 社会福祉振興・試験センター「平成24年度社会福祉士・介護福祉士就労状況調査結果」、総務省「平成22年国勢調査」、内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査結果」より経済産業省が作成

## 3-2-6 ビジョン実現によるマクロの人材需給への効果試算

- 生産性の向上、地域特性に即した介護サービスなどが実現した未来における介護サービスの姿について、介護人材需給の観点から試算した。
- 現状の延長線上（成り行きケース）において、2035年に68万人不足すると考えられる介護職員は、機器・ITの導入による労働時間、労働負荷の軽減、高齢者などの潜在的なリソースの活躍、集住の促進などによる介護需要密度の向上によって克服することが可能。

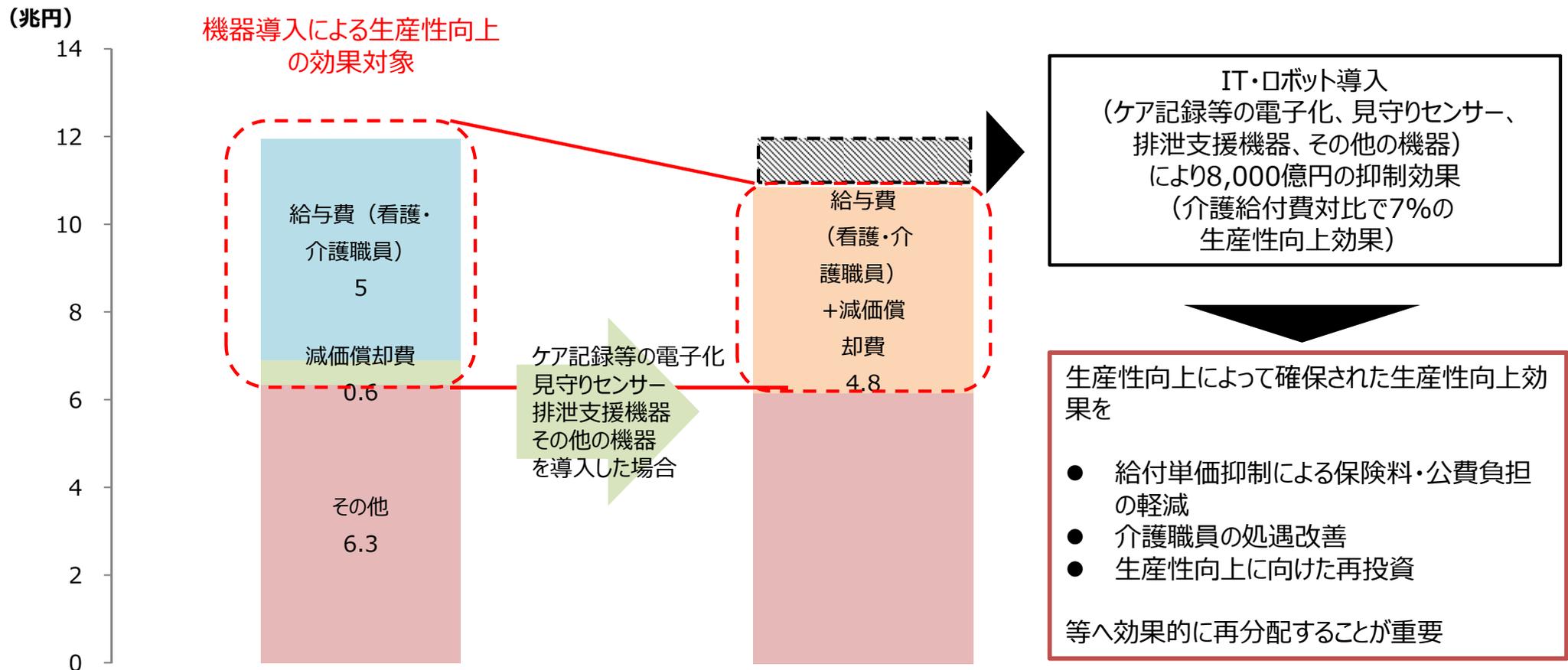


（出典）総務省「平成22年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」、厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」、介護事業者等へのヒアリング結果より経済産業省が作成。  
小規模多機能型居宅介護事業所・複合型サービス事業所の職員については、「集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究事業」の1週間の訪問・通い・宿泊の平均提供時間で按分し、訪問・通所・施設系に職員数を割り振った。

# 3-2-7 IT・ロボット導入等による生産性向上効果（介護給付費ベース）

- IT・ロボット導入（ケア記録等の電子化、見守りセンサー、排泄支援機器）による生産性向上により、2035年時において、8,000億円の生産性向上の効果（介護給付費ベース）が見込まれる。
- 生産性向上によって得た原資を、保険料・公費負担の軽減、介護職員の処遇改善や生産性向上に向けた再投資などへ効果的に再分配することが極めて重要。

【2035年における介護給付費の内訳】



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、総務省「平成26年度人口推計」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」、厚生労働省「平成26年介護事業経営実態調査結果」、厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調査」、日本ホームヘルパー協会「サービス提供責任者業務分析調査報告」、株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業報告書」、厚生労働省「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」、柏原正尚「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職と職場環境に関する一考察」、栗木ほか「特別養護老人ホームにおける介護食の業務実態と負担感（調査報告）」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究事業」より経済産業省が作成。

## 第1章 現状の延長線上において顕在化する課題

1. 少子高齢化に伴う介護需要の増加と保険料・公費負担の拡大
2. 介護人材の需給ギャップの拡大
3. 必要な介護施設サービスの拡大
4. 地域特性について
5. 将来の高齢者の経済的・社会的環境について
6. 課題の整理と検討の方向性について

## 第2章 課題克服のための3つの視座と対応策

1. 将来の高齢者を取り巻く経済的・社会的環境とリスクについて
  - ① 分析の方向性について
  - ② 個々のライフパスや希望に応じたリスクや課題について
  - ③ 対応の方向性について
    - 高齢者自らによるリスク認識と効果的・効率的な生涯設計の逍遙
    - 経済的リスクに備えるための金融商品等の活用の促進
2. 地域特性に即した介護サービスの在り方について
  - ① 介護サービス受給者の密度と労働力人口から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ② 日常生活圏域における介護サービス受給者の数から捉えた介護サービス提供の在り方について
  - ③ 保険者ごとの要介護認定率と相関する要素について

3. 介護サービス提供の質・生産性向上策及びそのインパクトについて

- ① 質・生産性向上のための方策の分析の方向性について
- ② 質・生産性の向上方策について
  - 介護サービスの労働時間・労働負荷の構造について
  - IT・機器等の活用による生産性向上・負荷軽減策の具体例について
  - 介護の質の向上について
  - その他の生産性向上策について

## 第3章 2035年を乗り越えるためのビジョンとロードマップ

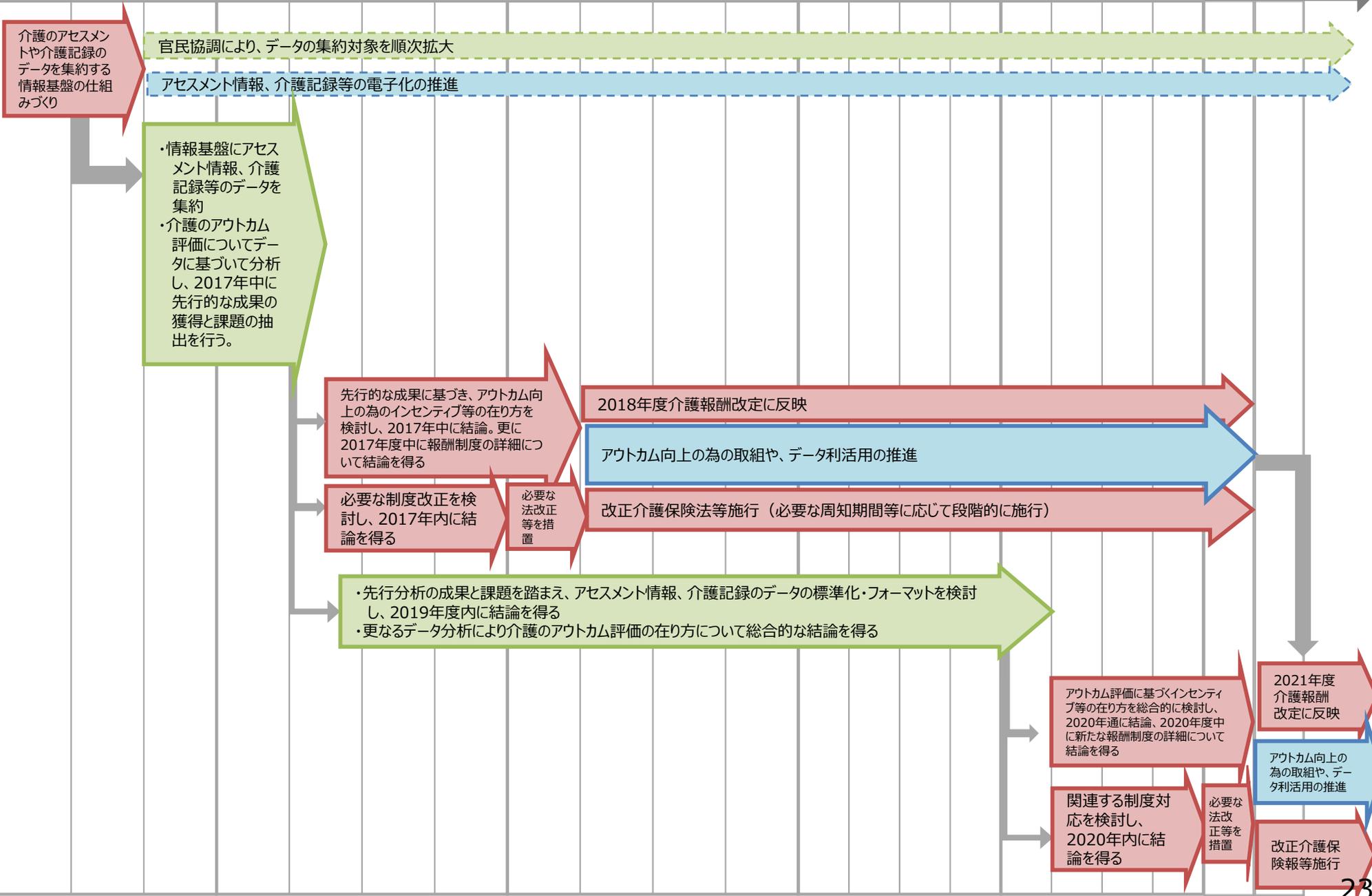
1. 介護サービスの将来ビジョン
2. ビジョン実現による効果試算
3. ビジョン実現に向けたロードマップ

# 3-3-1 ビジョン実現に向けたロードマップ<sup>①</sup>

民の役割   官の役割   協調領域

2016年                      2017年                      2018年                      2019年                      2020年                      2021年

介護現場の変革ビジョン

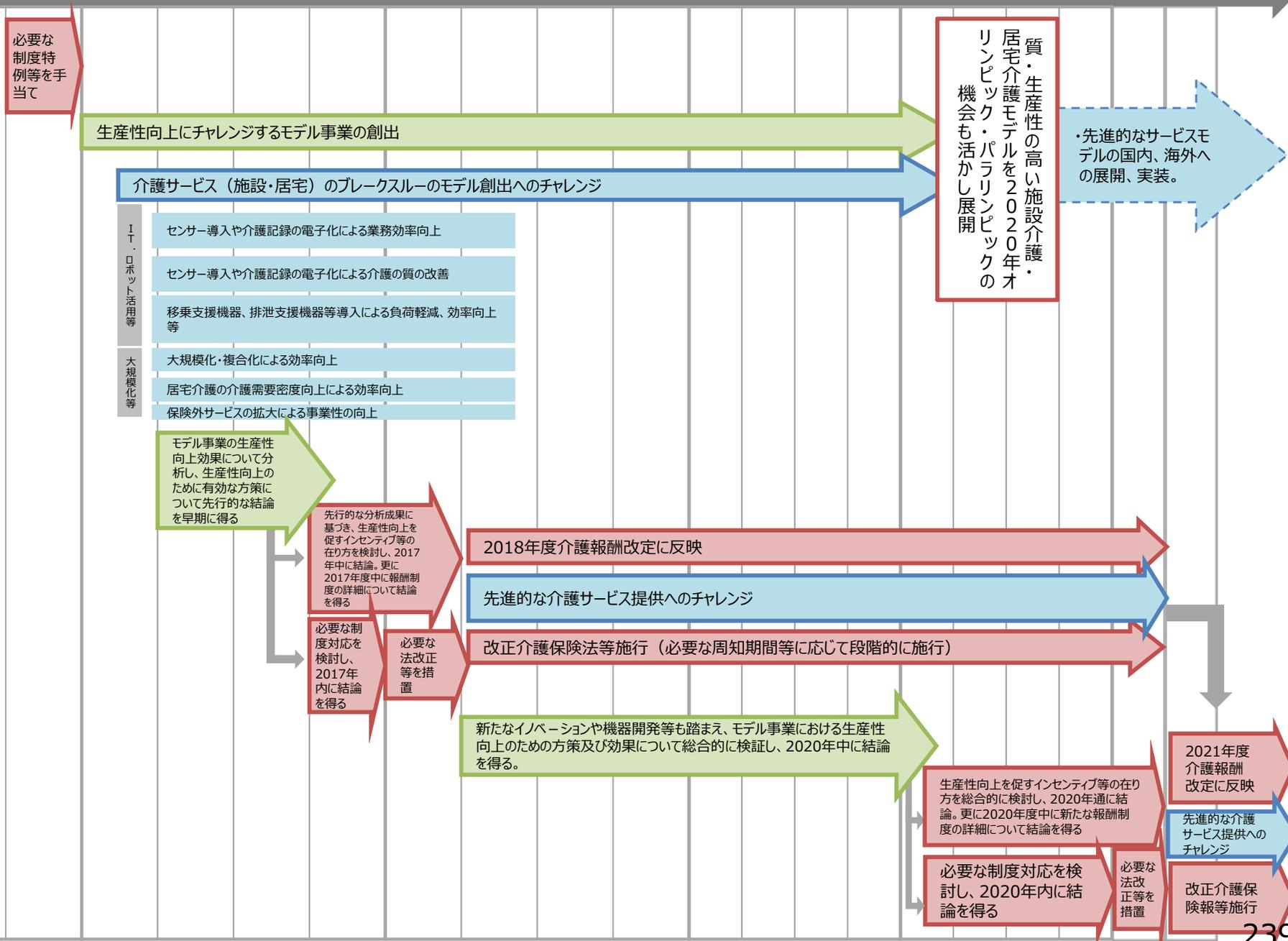


# 3-3-2 ビジョン実現に向けたロードマップ②

民の役割    官の役割    協調領域

2016年                      2017年                      2018年                      2019年                      2020年                      2021年

介護現場の変革ビジョン



# 3-3-3 ビジョン実現に向けたロードマップ③

民の役割   官の役割   協調領域

2016年                      2017年                      2018年                      2019年                      2020年                      2021年

(個人の役割) 高齢期に必要な費用や様々なリスクを睨んだ貯蓄・資産形成や民間介護保険の活用など、自助によるリスクへの備えの構築

(企業等の役割) 民間保険の充実などによる高齢者の資産形成、リスク対応のための環境整備

高齢者自身による自助の力を発揮するため、介護保険制度や住まい、金融、将来的なリスクに関する認識醸成を図る機会（初任者研修に準じた講習等）に対して支援などを行う

高齢者の本来的な権利行使や選択を支える機能の在り方について検討し、2017年年央に一定の結論を得る。

ケアマネジャーによるコーディネート機能に対する報酬の在り方など、介護報酬に関連する先行的な論点について検討し、2017年度中に結論を得る。

2018年度介護報酬改定に反映

関連する制度対応を検討し、2017年内に結論を得る

必要な法改正等を措置

改正介護保険法等施行（必要な周知期間等に応じて段階的に施行）

高齢者の本来的な権利行使や選択を支える総合的な機能（トータルコーディネート機能）の在り方について検討し、2020年中に結論を得る。

総合的な機能（トータルコーディネート）に対する報酬の在り方について検討し、2020年度中に結論を得る。

2021年度介護報酬改定等に反映

関連する制度対応を検討し、2020年内に結論を得る

必要な法改正等を措置

改正介護保険法等施行

個人の生涯設計シミュレーション

# 3-3-4-1 経済・財政再生計画 改革工程表関連項目①

2016年 2017年 2018年 2019年 2020年 2021年

- ・介護事業所におけるICTを活用した事務負担の軽減のための課題の把握・分析、業務改善の効果測定のためのモデル事業を実施。あわせて、介護事業所における書類削減に向け方策を検討。
- ・ICTを活用した事務負担軽減について、整理した論点を踏まえ、2016年度末までに必要なガイドラインをまとめ、公表・周知

- ・書類削減に向けて対応可能なものから実施
- ・ICTを活用した効果的・効率的なサービス提供モデルの普及等、介護ロボット・ICTを活用した介護分野の生産性向上に向けた取組を実施

- ・介護ロボットの開発の方向性について開発者と介護職員が協議する場を設置することにより、開発段階から介護施設の実際のニーズを反映
- ・福祉用具や介護ロボットの実用化を支援するため、介護現場における機器の有効性の評価手法の確立、介護現場と開発現場のマッチング支援によるモニター調査の円滑な実施等を推進

「保険外サービス活用ガイドブック（仮称）」を活用し、取組を推進

介護保険外サービスを創出するに当たって参考となる事例やノウハウを記載した「保険外サービス活用ガイドブック（仮称）」を策定

# 3-3-4-1 経済・財政再生計画 改革工程表関連項目②

2016年                      2017年                      2018年                      2019年                      2020年                      2021年

要介護認定率や一人当たり介護費等の地域特性分析について、「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」等において議論

市町村へ専門家を派遣するモデル事業を実施し、効果的な介護費用分析や適正化のための手法を検討

自立支援に資する適切なケアマネジメントに向けた手法の検討を目的に、モデル事業を実施

・地域特性の分析結果を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化  
 ・保険者機能の強化や市町村による給付の適正化に向けた取組へのインセンティブ付けなどに係る制度的枠組み等について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる  
 （法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）

地域包括ケア「見える化」システムを通じて公表  
 2次リリース（6月予定）：年齢調整済み指標  
 3次リリース（2月予定）：既存指標の充実及び拡充

・モデル事業の取組も踏まえて、費用分析や適正化手法の検討を進め、2017年度前半までにガイドラインを取りまとめ  
 ・費用分析や適正化手法を普及するとともに、更なる効果的な保険者支援の取組を検討・推進

モデル事業の取組を踏まえ、2017年度中に効果的・効率的なケアマネジメントに向けた標準的な手法に関するガイドラインを作成・公表、普及に向けた取組を推進

国において、介護費の地域特性等の分析、「見える化」を引き続き推進し、国民に分かりやすい形で定期的に公表



# 将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会委員名簿

## 【座長】

加藤 久和 明治大学政治経済学部 教授

## 【委員】

石山 麗子 東京海上日動ベターライフサービス株式会社  
みずたま介護ステーション シニアケアマネージャー

岡 良廣 日本商工会議所 社会保障専門委員会委員  
資生堂アステック株式会社 代表取締役社長

齋藤 弘憲 公益社団法人 経済同友会 政策調査部 部長

高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授

豊田 奈穂 公益財団法人 総合研究開発機構 主任研究員

松本 展哉 健康保険組合連合会 企画部長

矢野 功 損保ジャパン日本興亜ホールディングス株式会社  
介護事業部長

# 本報告書に掲載されているデータについて

## □ データの公表について

本報告書に掲載されているデータにつきましては、下記のURLに公表しております。

<http://www.meti.go.jp/press/2015/03/20160324004/20160324004.html>

## □ 免責事項

- ・本報告書のデータを使用した結果に関して、経済産業省は、直接又は間接を問わず一切の責任を負わないものとしてします。
- ・本データは、作業用データとして常に改善・改良を行っているものであり、予告なくバージョンアップを行うことがあります。
- ・データの正確性を必要とされる方は、データ上に記載の1次データを直接利用されることをお願いします。

<お問い合わせ先>

経済産業政策局 産業構造課

TEL: 03-3501-1626