

介護サービス提供体制の 再設計の必要性

株式会社日本総合研究所
リサーチ・コンサルティング部門
高齢社会イノベーショングループ
紀伊 信之

目前に迫りつつある介護危機



要介護（&要支援）高齢者数は現在**690万**人※1
2025年には**745万**人、2040年には**870万**人に。現在よりも約**200万**人増加する



介護人材は現在180万人、2025年需要は253万人※2 = その差**70万人**（39%増）
2035年需要は307万人※3 = その差**120万人以上**（66%増）

足元の有効求人倍率は、施設介護員で**4.3**倍、訪問介護職で**15**倍
介護福祉士養成校入学者数 日本人は過去5年で**2,000人**減少（2/3に）外国人**3割**越え



働きながら介護をするワーキングケアラーは全国**340万**人以上※5
約**6割**が「仕事と介護は両立できていない」※6

- ※1 厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和3年11月暫定版
- ※2 厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計」
- ※3 経済産業省「将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会」報告書
- ※4 厚生労働省「社保審一介護給付費分科会」第189回（R2.10.22）
- ※5 総務省統計局「平成29年度就業構造基本調査」
- ※6 株式会社日本総合研究所「介護に取り組む家族の支援に資する民間サービスの普及・促進に関する調査研究事業」（平成29年3月）

介護サービス提供体制の「前提」の変化

介護保険開始当初
(2000年)

現在

利用者像

脳卒中モデル中心

独居、認知症の増加、
疾患や障害の重複化、問題の複合化

提供者

参入事業者の確保

構造としてはロングテールだが、
一部集約化・大規模化 = バラつき拡大

関連職種

高齢者向けの医療資源
も未発達

- 在宅医療の基盤拡大
- リハ職等「専門職」の絶対数増加

技術

人を代替・補完する技術乏しく、
人手が唯一の手段

見守りセンサー、記録機器等の実用化
等ICT機器の発展

データ

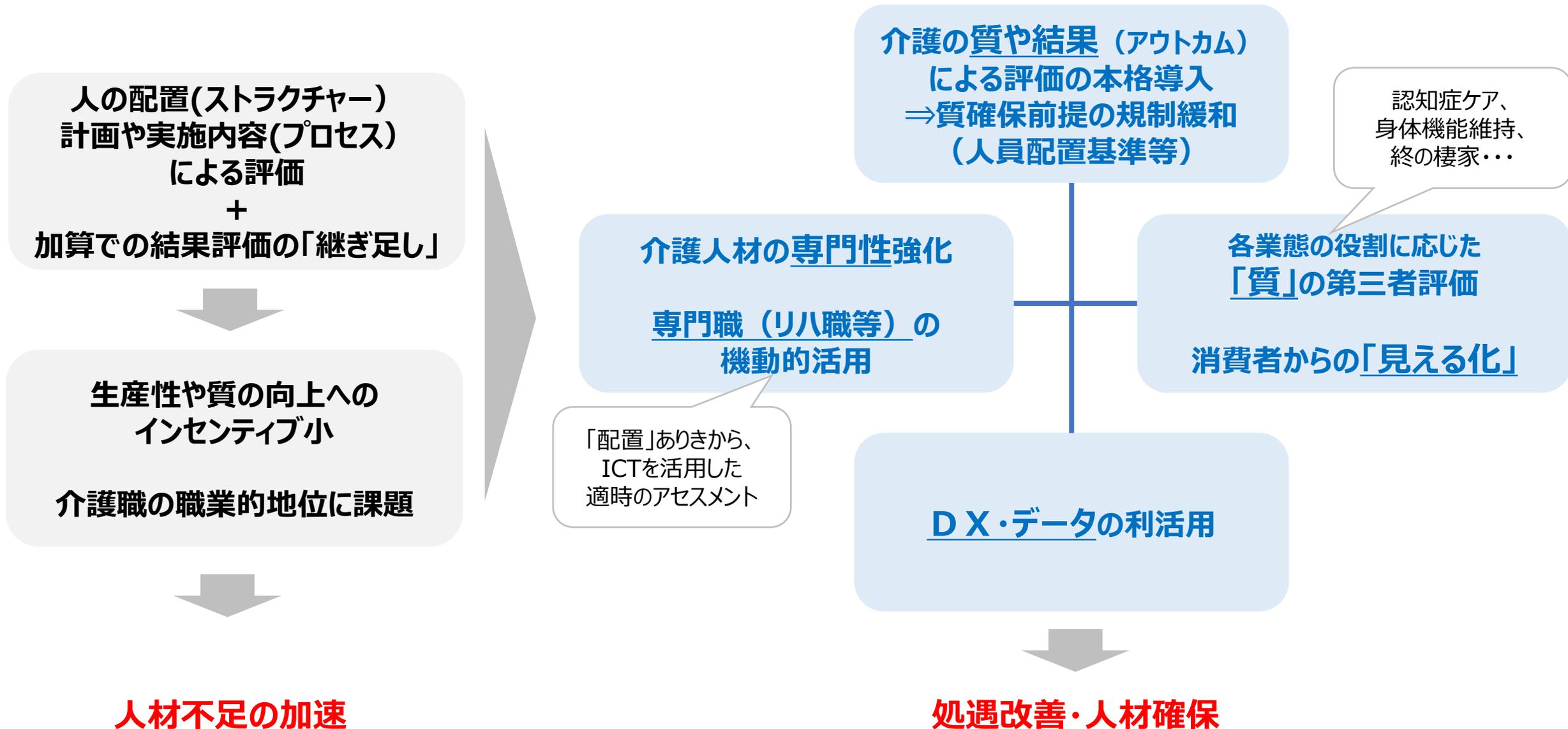
事業所属性データ中心

LIFEによる各事業所の
利用者データ収集も開始

理学療法士の国家試験合格者の推移



介護 求められる「アーキテクチャーレベル」の再設計①



介護サービスの「質」について

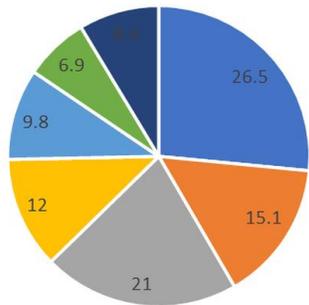
ストラクチャー（人員配置）と、プロセス（計画）だけでは介護の質を測ることはできない。
「アウトカム」は、各サービスの役割に応じた指標を設定すべき。

同じ特養の中でも「救急搬送」の 回数は大きく異なる

人員配置や入居像に大きな差はないはずが、
これだけバラつきがあるのが事実

特別養護老人ホームでの119番への救急要請
延べ回数（2020年2～7月の半年間）

n = 1,089



■ 0回 ■ 1回 ■ 2~3回 ■ 4~5回 ■ 6~9回 ■ 10回以上 ■ エラー・無回答

PwCコンサルティング「特別養護老人ホームにおける看取り等の
あり方に関する調査研究事業」令和3年3月（令和2年度老人保健健
康増進等事業）

サービスの役割に応じた「質」が の定義が必要

介護サービスの「質」は、要介護度の
維持・改善だけではない。
それぞれのサービスの役割に応じた
アウトカム指標の設定が重要

<例>

- 特養：安全な終の棲家としての役割
看取り率、入院日数、急変件数・・・
- グループホーム：認知症の人の
周辺症状、QOL・・・
- デイサービス：重度化防止や社会参加
ADL、社会参加度合い・・・

「アウトカムの評価」や「質の見える化」 は始まったところ

- デイサービスに導入された
ADL維持等加算の算定はまだごく一部
- LIFEの登場によって、多くの事業所の
アセス面情報は集まるようになったが・・・
現時点では、
 - －認知症関連情報は加算との紐づけなし
 - －どのようなケアが行われているかまたは
LIFEデータではわからない
※ケア・介入-効果が分析できない
 - －LIFE加算未取得の事業所データがない
 - －保険者が分析するには至っていない、
利用者はデータを見れない

介護 求められる「アーキテクチャーレベル」の再設計②

デジタルの利活用による 在宅介護の効率化・質の向上

- ✓ 電話、FAX、連絡ノートによる情報共有
- ✓ 単身独居高齢者の増加
月一回の「聞き取り」での
「推測」によるケアマネジメント
- ✓ 事業所ごとのアナログな人材アサイン



- ✓ ICTによるタイムリーな多職種連携
- ✓ IoTやセンサーを活用した
「事実」に基づくケアマネジメント
- ✓ デジタルを活用し、限られた人的資源の最適アサイン

利用者のエンパワーメント 選択の支援

- ✓ ケアマネジャーへの負担集中
 - 医療知識、保険外サービスのアレンジ等
要求内容は年々高度化
 - 「公正・中立」を求められる一方で、
大半が他介護サービスと併設、且つ
赤字経営 = 利用者接点確保の側面
- ✓ 利用者と提供者の情報の非対称性大
= 「良い/自分にあった事業所」を探せない



- ✓ 事業者情報の透明化・見える化
- ✓ ユーザーが主体的に、介護保険対象外のサービスを含め、最適なサービスを見出せる仕組みに転換

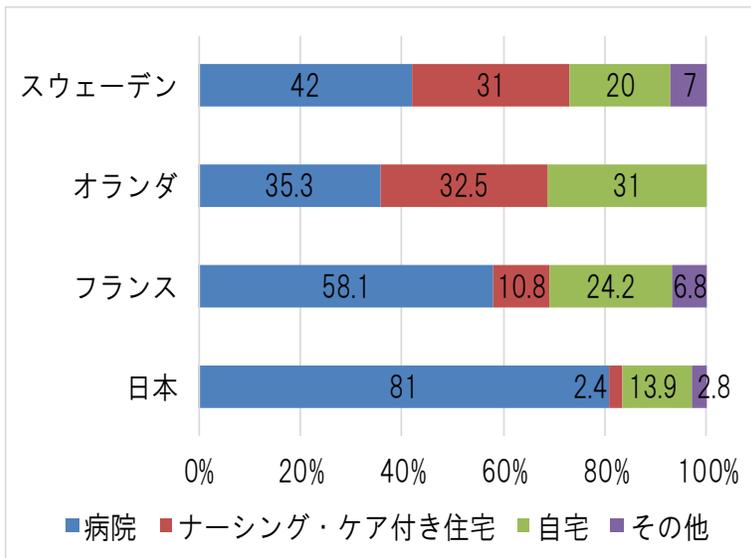
求められる再設計 介護と医療の連携・役割分担

＜再設計が求められる典型例＞

制度上嘱託医のいる特別養護老人ホームへは、限られた場合（ガン末期等）しか、在宅医療は入れない。
このことが、「特養での看取り」を阻害している面があるのではないか。

日本では8割が病院死。諸外国と差 が大きいのは施設や高齢者住宅

死亡の場所（国際比較）



出典：2012年3月 ILC-Japan「終末期、看取りについての国際制度比較調査」
「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、
日本は介護老人保健施設が含まれる。また、オランダの「自宅」には施設以外の
「その他」も含まれる

「終の棲家」としての役割を期待され つつも、特養での死亡は半数程度

- 特養退所理由の
5割は特養での死亡（突発的な死亡も含む）
1/4は病院・診療所での死亡
1/4は病院・診療所への入院 ※1
- 介護付き有料老人ホームで36%、
住宅型で36%、サ高住では29%
の看取り率となっている※2が、
中には、シルバーウッド銀木犀のように、
看取り率が約7割のサ高住もある

制度的な限界により、特養では 訪問診療に順じた医療が受けられない

- 一般的な特養の嘱託医は、週2～3時間
程度、施設を巡回するに留まる
※特養嘱託医の一人当たり単価は
施設在宅医療の診療収入の1/5程度
- 特養で在宅医療（保険診療）が認められ
るのはガン末期と、死亡一か月前のみ
- 結果として、配置医師（嘱託医等）以外
の訪問診療の利用率は特養での
死亡例のうち5%に留まる※1
- 訪問診療の診療報酬は月1万円弱/人、
後期高齢者の入院医療費は
1日あたり3万円

※1 出典）三菱UFJリサーチ&コンサルティング 令和元年度老健事業「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業」

※2 出典）PwCコンサルティング合同会社令和3年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

「地域包括ケア」の推進役

基礎自治体の政策立案
・遂行能力の抜本的強化

地域包括ケア = 地方分権

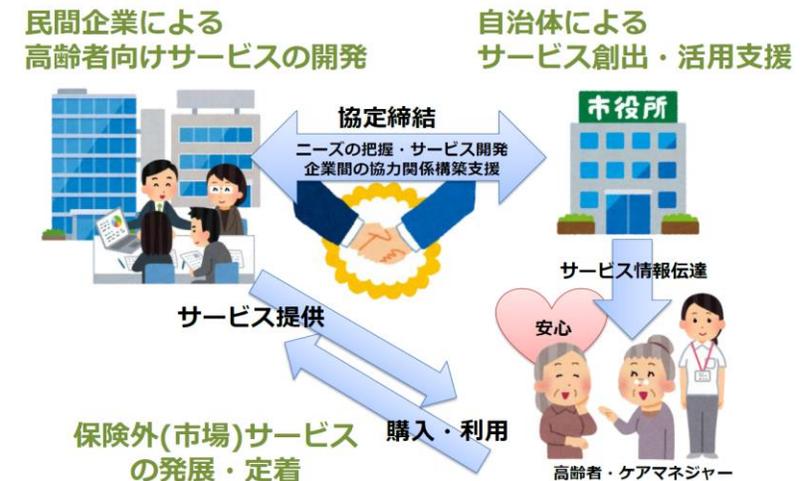
- ・2017年から介護予防や要支援者向けサービスは各市町村が単価・内容を独自に設定できる地域支援事業（総合事業）へ

広がる地域間格差

- ・介護保険料は2,000円台～8,000円台まで
- ・高齢者のうちの要介護認定率も市町村別で約8%～30%まで
- ・地域の人口動態は産業・経済状況に加え、自治体（担当者）の施策立案・遂行能力も影響

愛知県豊明市の例

行政 = 発注元、民間 = 受託者という関係だけでなく、**自治体と民間が連携し、新たなサービスを創出**



出典) 厚生労働省 老健局 第2回一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会

「好事例」や「手引き」発信に留まらない体系的な学びの機会提供、
地域包括ケアの「司令塔」となる推進法人の検討