

介護にどう向き合うか

きょうと介護保険にかかわる会総会記念講演
2025.5.24

京都大学・京都先端科学大学・名誉教授
西村周三

shuzo@soleil.ocn.ne.jp

お話ししたいこと：全体の結論を先に言いますー 1 ー

これを聞いて私を信頼できるかどうかを判断してください！
人は元々持つ自分の信念を簡単に変えることは難しいですが
少し考え直す余地があるか考えてみてください

1. 老後に受ける介護や医療は、自分の毎日の「生活」と密接に関わっているので、お医者さん、看護師さん、ヘルパーさんなどに**決めて**もらう訳にはいかないのです。そんなことを言われても困る！ 確かに医療は少し専門性が高いので、お医者さんの言うことは聞きたい。（でも知りたいことをほとんどチャンと答えてくれない。例外あり！しかしこれは周りのコワーカーと上手に折り合いを付けている医師、例「三方よし研究会、よく調べると周りにいる！」）調べ方あり、でも頑張って一步踏み出そう！）
2. 介護や最期を迎える**準備**は人（親や子も含む、自分以外）に任せるわけにはいかない。子どもたちは、真面目に考えてくれる場合が多いが「施設」（容れもの）を中心に考えがち（後述）親子とも介護を受けた経験がほとんどないのでどうしたらよいかわからない。「自然死」「ピンピンコロリ」はほとんどない。
3. でもそれは「何もかも自分でやって、人の言うことを聞くべきでない」という意味ではない！上手に質問する力の訓練が必要

お話ししたいこと：全体の結論を先に言います－ 2 －

1. 事前に調べると案外参考になることがある。しかしひとりひとり違うので、完璧な答えはない。たとえば東近江での「三方よし研究会」の現状を知ることから多くのことが参考になる

三方よし研究会の案内（入会希望者は下記へ）

<https://forms.gle/i2ZipEnY8mfTMvHFA>

2. 毎年亡くなる人（約150万人、65歳以上高齢死亡者数約145万人）が激増している。そのひとりひとりの「亡くなり方」を学ぶこと

お話ししたいこと：全体の結論を先に言いますー 3 ー

1. 日本は、若年層が大幅に減少し、超高齢化が進む中で若者の手取り所得が低下している。しかし怖れることはない。（「低下」のスピードはゆっくり）
2. 日本は「平均でみて」世界でもっとも豊かな国、3分の2以上の世帯は世界的に見てはるかに豊か、しかも働けている。
3. 「働かないといけない」のか「働ける」のか？
4. もちろん解決すべき課題は山積：異常に少ない（元）自営業者の年金、就職氷河期世代の将来、正規・非正規問題、
5. 能登地方の被災から学ぶインフラ整備の必要性
6. 私の行政（政治）の評価：緩慢だが、少しずつ改善している
7. 所得や富の分配について貧・富の2種類で考えるのではなく、貧困層、中間層、富裕層の3種類の分類をして考えたい
8. 「貧」と「中」が足の引っ張り合いが多い。（例：高齢者の貯蓄を活用すればみんなが豊かになれる、でも今日は残念ながら省略）

介護を自分ごととして考えるために大切なこと

右のことをいろんな個所で話します。

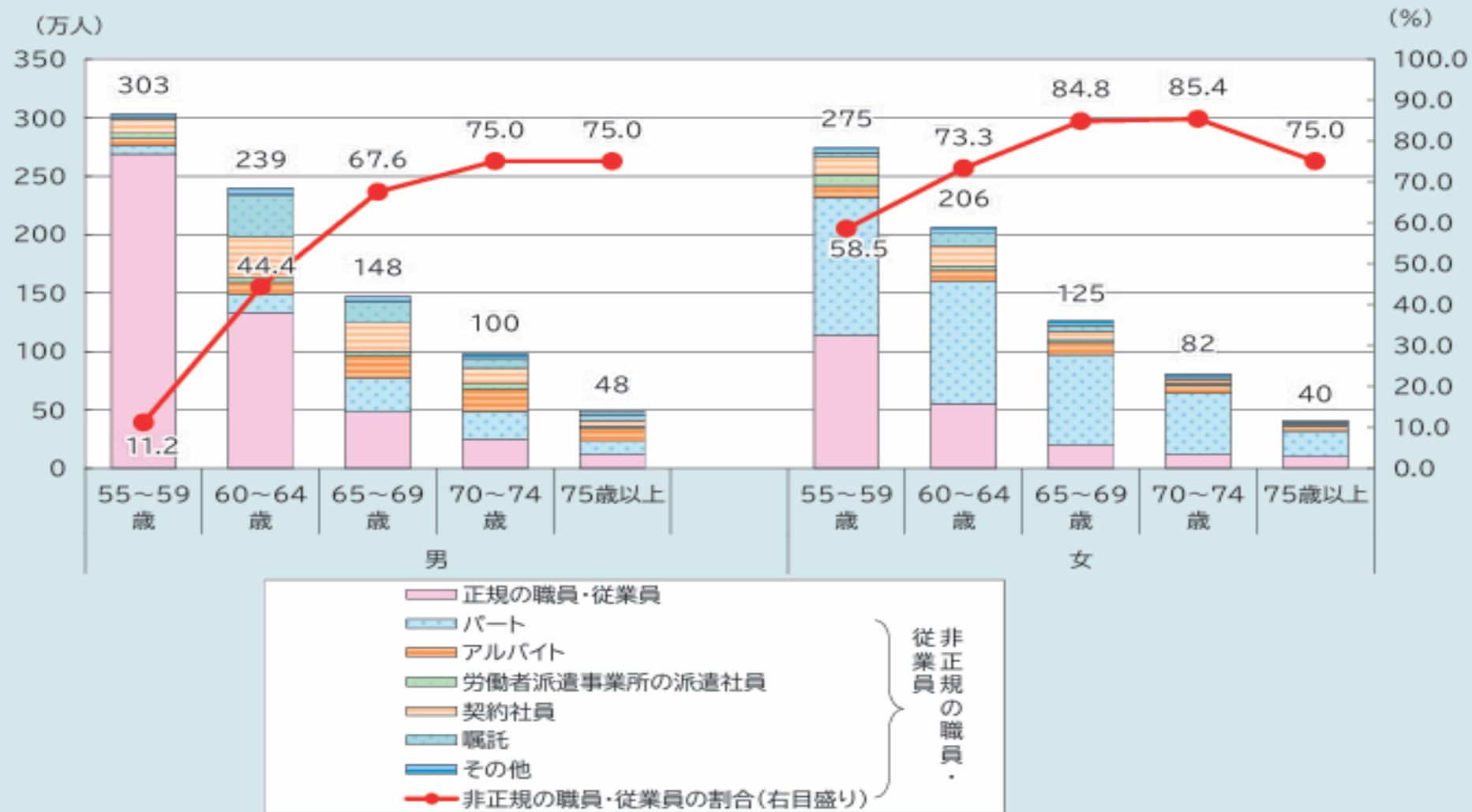
老後のケアを具体的にイメージする

「お世話になる」準備をする 受援力

家族との関係を整理する

地域とのつながりを持つ ほんと以下の2つが
とても重要なのだが、最近の暮らしから考えると、
難しくなっている

信頼できる社会を作る 政治のこと、民主主義
を考え直す

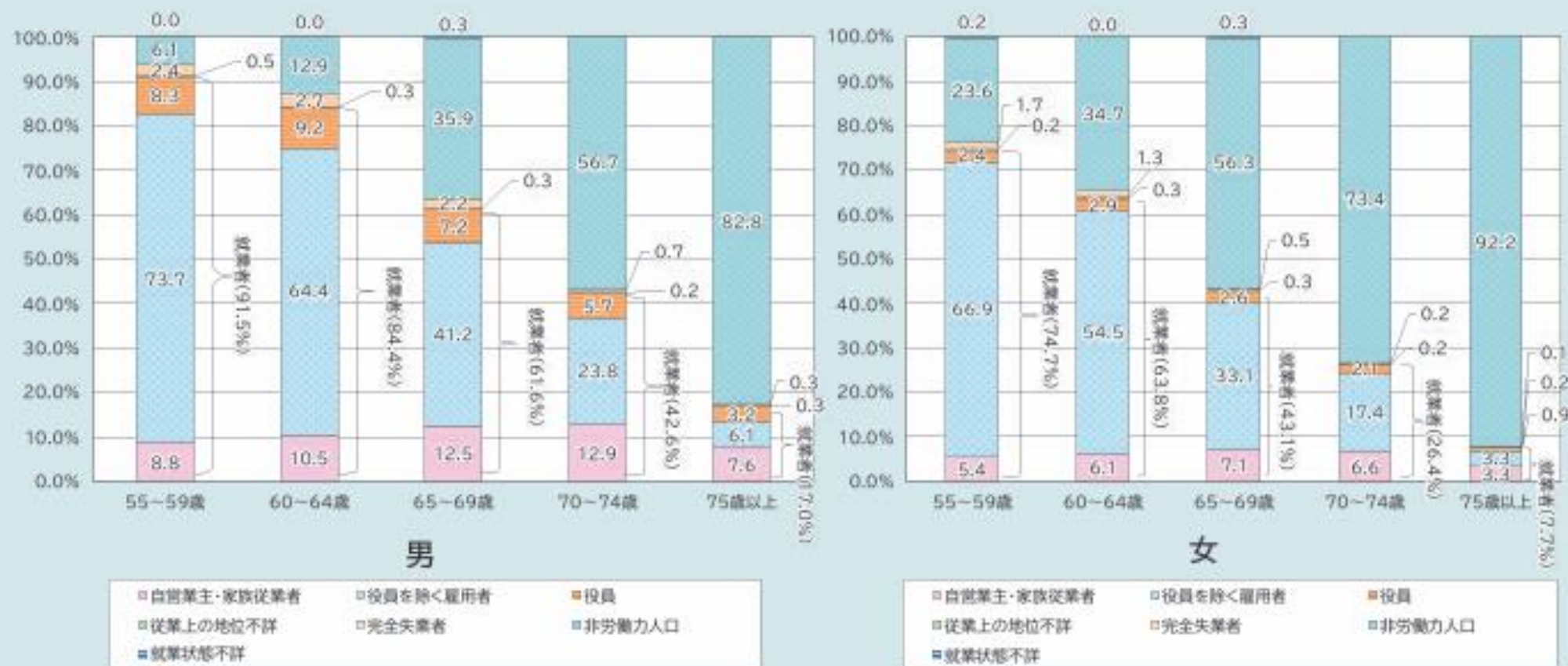


資料：総務省「労働力調査」(令和5年)
 (注) 年平均の値

出所：厚生労働省「厚生労働白書」令和6年

図1-2-1-6

55歳以上の者の就業状況



資料：総務省「労働力調査」(令和5年)

(注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

基礎知識

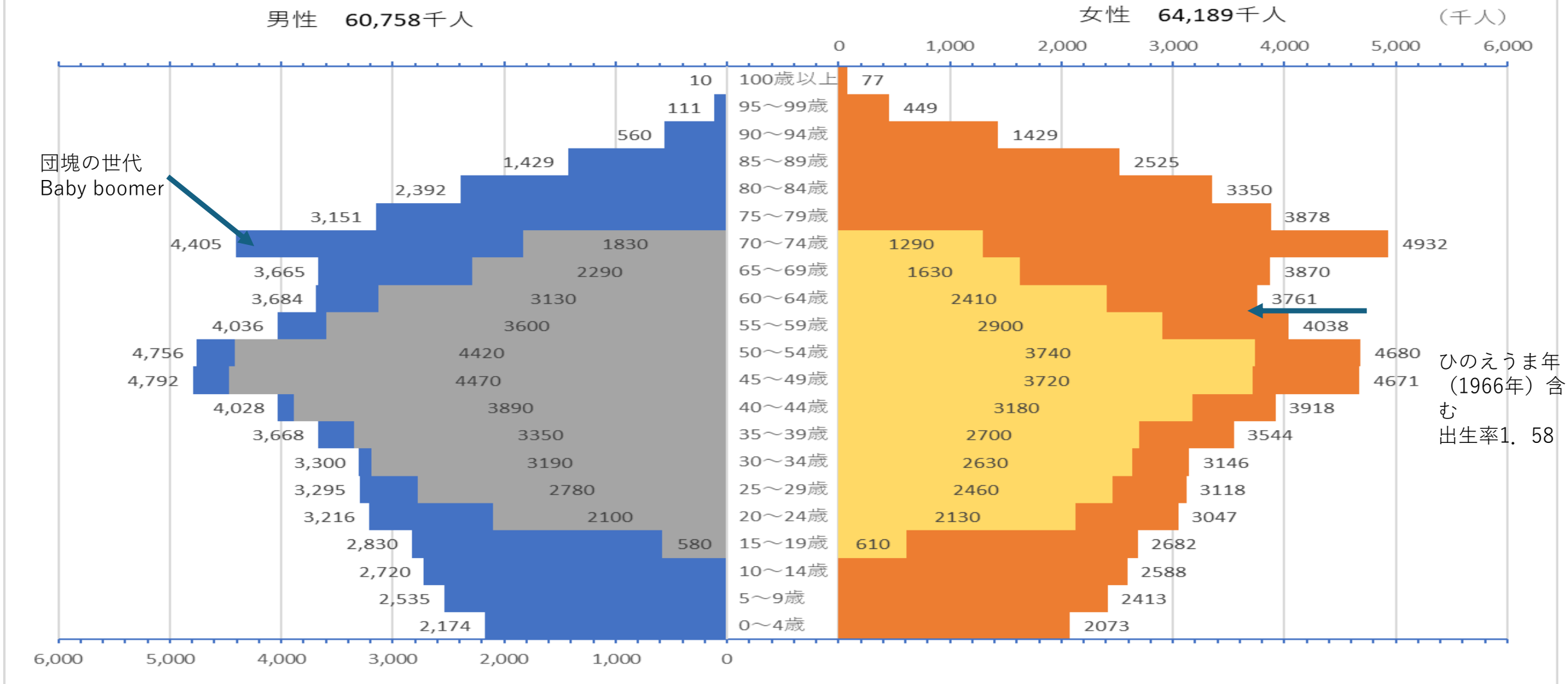
1. **寿命のこと** 自分だけは短命であるという錯覚を捨てる（長生きは怖くない）
2. 「**健康でない**」 **寿命**とは？、健康寿命、要介護と要支援
3. ①「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対する、「よい」「まあよい」「ふつう」という回答を「健康」とし、「あまりよくない」「よくない」という回答を「不健康」として、サリバンプ法により算出
②「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対する、「よい」「まあよい」「ふつう」という回答を「健康」とし「あまりよくない」「よくない」という回答を「不健康」としてサリバンプ法により算出（「国民生活基礎調査」）より
③健康寿命を伸ばす一番の方法は、心理状態、精神状態の向上
4. 高齢になっても「**働ける**」と考えるか「**働かざるを得ない**」と考えるか

人口問題のこと

いまになって大騒ぎしても・・・

1. 少子化は、40年前から（実はもっと前から）激しい勢いで起きていた。子ども数は40年前の半分！団塊の世代が例外！
2. しかし「長寿命化」のため人口減があまり意識されなかった。
3. （当事者（例えば「雇う人」）にならないとなかなか認識できない、備えが十分ではなかった。そういうことをえらい人の責任という考えをやめよう。それより「えらい人」を育てるしかない。
4. 労働力不足は気づきやすい。しかし少子化に「20年遅れて」生じる。
5. 日本全体の「人手不足」はこれから40年間**絶対**続く
6. 将来の医療・介護労働もこの影響を受けることは必至
参考：農業人口の将来
7. 一案：介護従事者に、団塊ジュニア（男女とも）を期待、ただしいつまで役立てるか？乗り越えるべきは2040年、
8. これはみんなで考えたい問題提起です。

2022年人口ピラミッド 男女比較



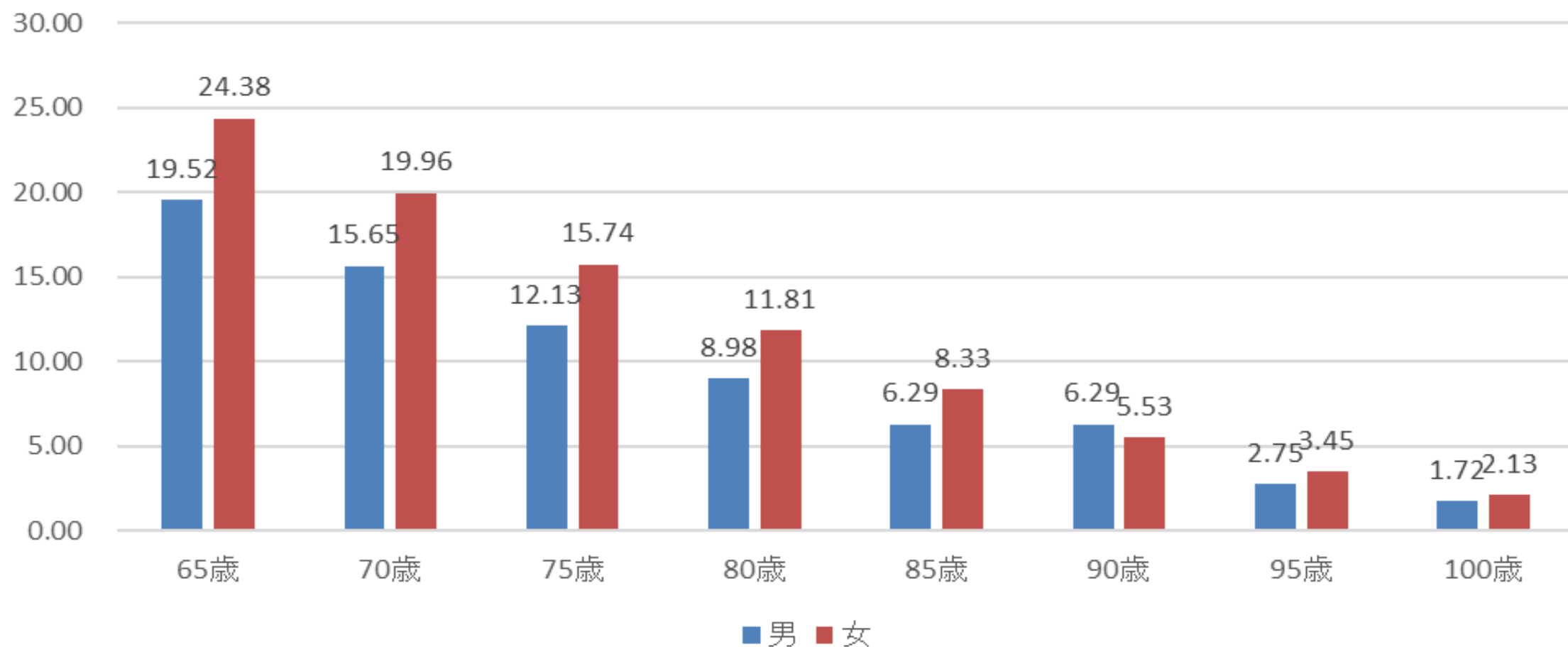
人口ピラミッドと就業者数を表しています。解説の場所が男女違うように見えるかも知れませんが、それはスペースの関係です。

出所：国立社会保障人口問題研究所「人口統計集」（同所人口推計および厚生労働省「労働力調査」）に演者が各種追加

介護（や医療）の省力化が第一義的に重要

1. 介護提供側の努力が最優先
経営≠お金儲け、経営の例：
①（少ない）人をIT化で上手に使う。上手な人使いの例
②熟練介護者の育成により受け手の満足感を高める
③ある程度の大規模化をどう実現するか？
2. 同時に受ける側の覚悟も
だからといっていまより家族に多くを期待するのは筋違い
3. 大切なことは、「受け方」の技術向上 未熟な介護者を育てること ⇒ できることはたくさんある：私の入院で「看護外来の経験」（熟練者と未熟練者とで大きく違う、育てることが可能

主な年齢の平均余命(2023年)



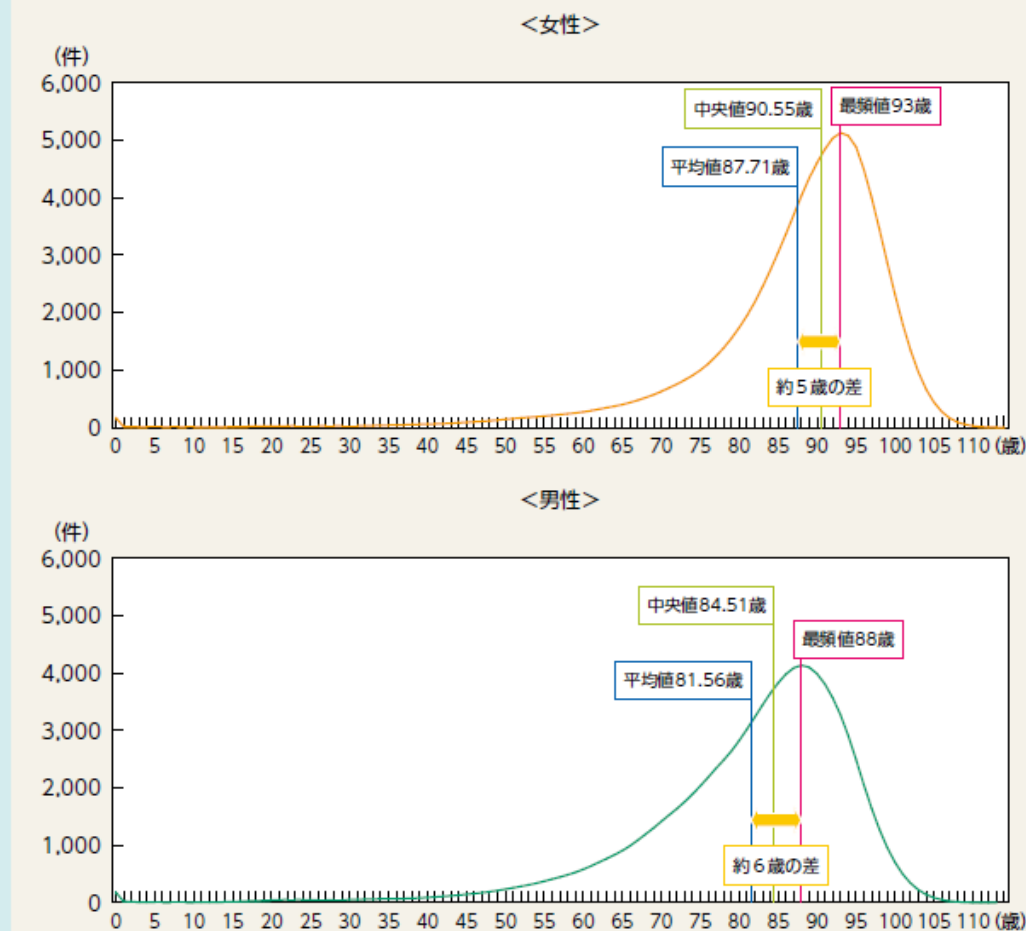
65歳まで生きた人は、女性で平均90歳まで生きる・・・

資料：厚生労働省「簡易生命表」各年版

最頻値でみても長生きする ことは確実

- オマケ「つれあい」がいたら結婚年齢差を考えてひとり暮らしが何年続くか考えてみよう。子どものいる人は、親子の関係を見直そう。
(えっ？いろいろなことを話し合っている？偉い！！)
- 資料：内閣府「男女同参画白書」令和4年版
- もと資料は厚生労働省「簡易生命表」

(図3) 年齢別死亡件数 (令和2 (2020) 年)

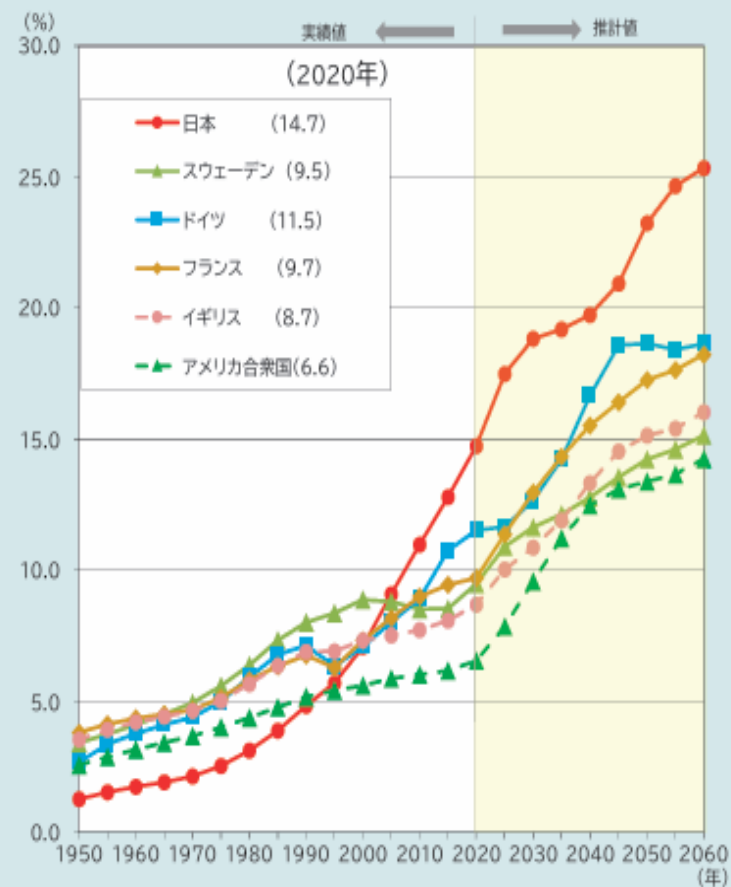


(備考) 厚生労働省「第23回生命表」より作成。

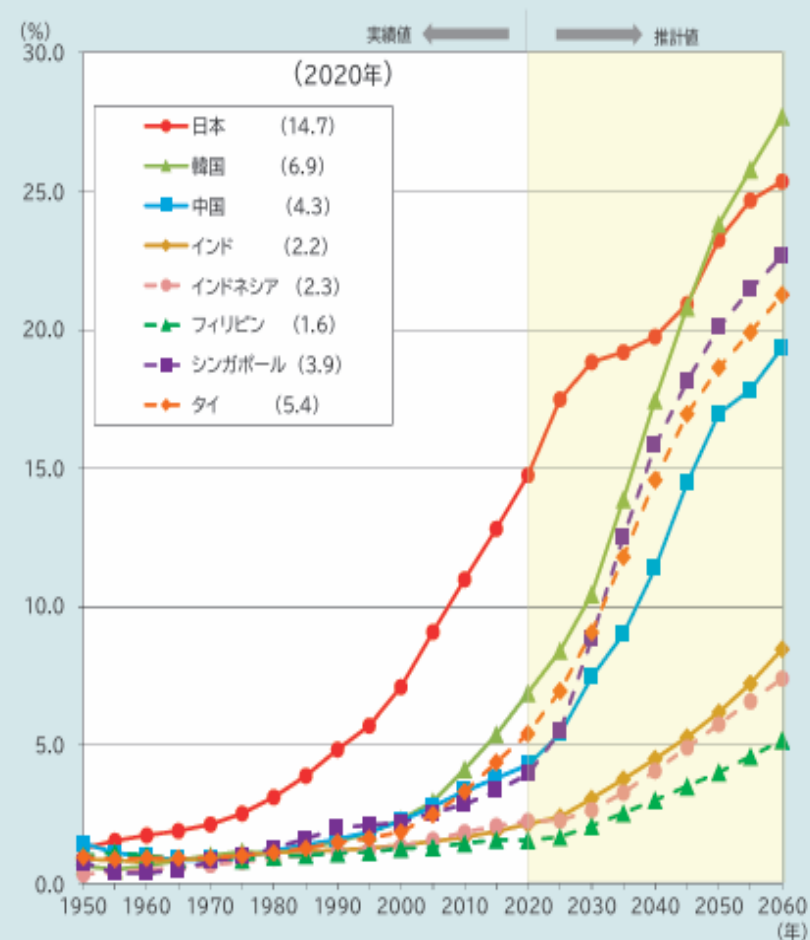
世界の各年代別の高齢者の割合及び推移

内閣府「高齢社会白書」 令和6年度版

1. 欧米(75歳以上人口)



2. アジア(75歳以上人口)



資料：UN, World Population Prospects : The 2022 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

健康寿命の令和4年値について

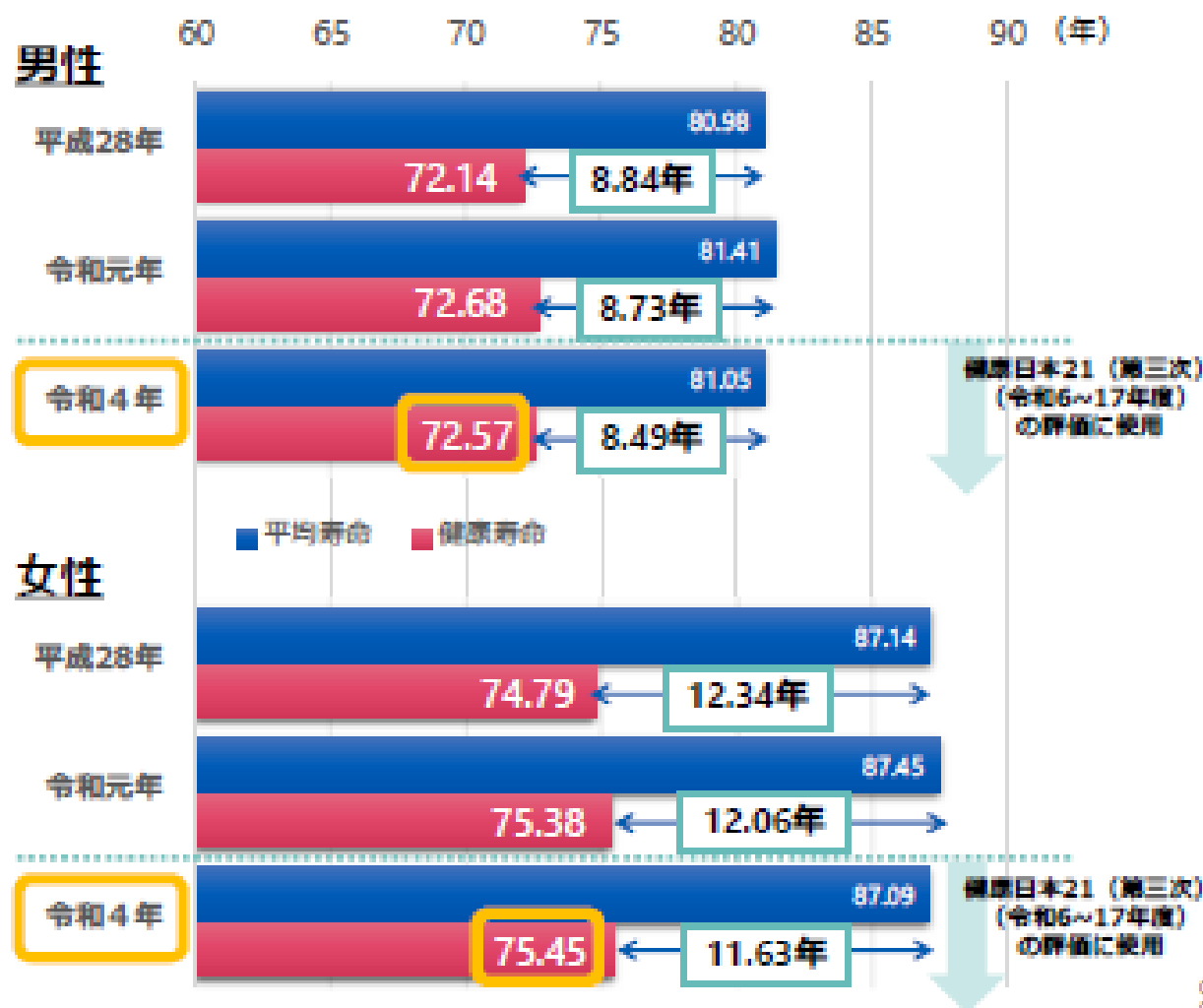
厚生労働省健康・生活衛生局健康課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

以下2枚の出所
はこの右上の
資料

健康寿命※の推移と健康日本21（第三次）の目標

※日常生活に制限がない期間の平均



健康日本21（第三次）の目標

- 健康寿命の延伸
：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
- 健康格差※の縮小
（※ 健康寿命の都道府県格差）
：上位1/4の都道府県の平均の増加分を上回る
下位1/4の都道府県の平均の増加

これらの目標について、

- ・ 令和10年値で中間評価
- ・ 令和13年値で最終評価の予定

（参考）健康格差のベースライン値（令和4年値）

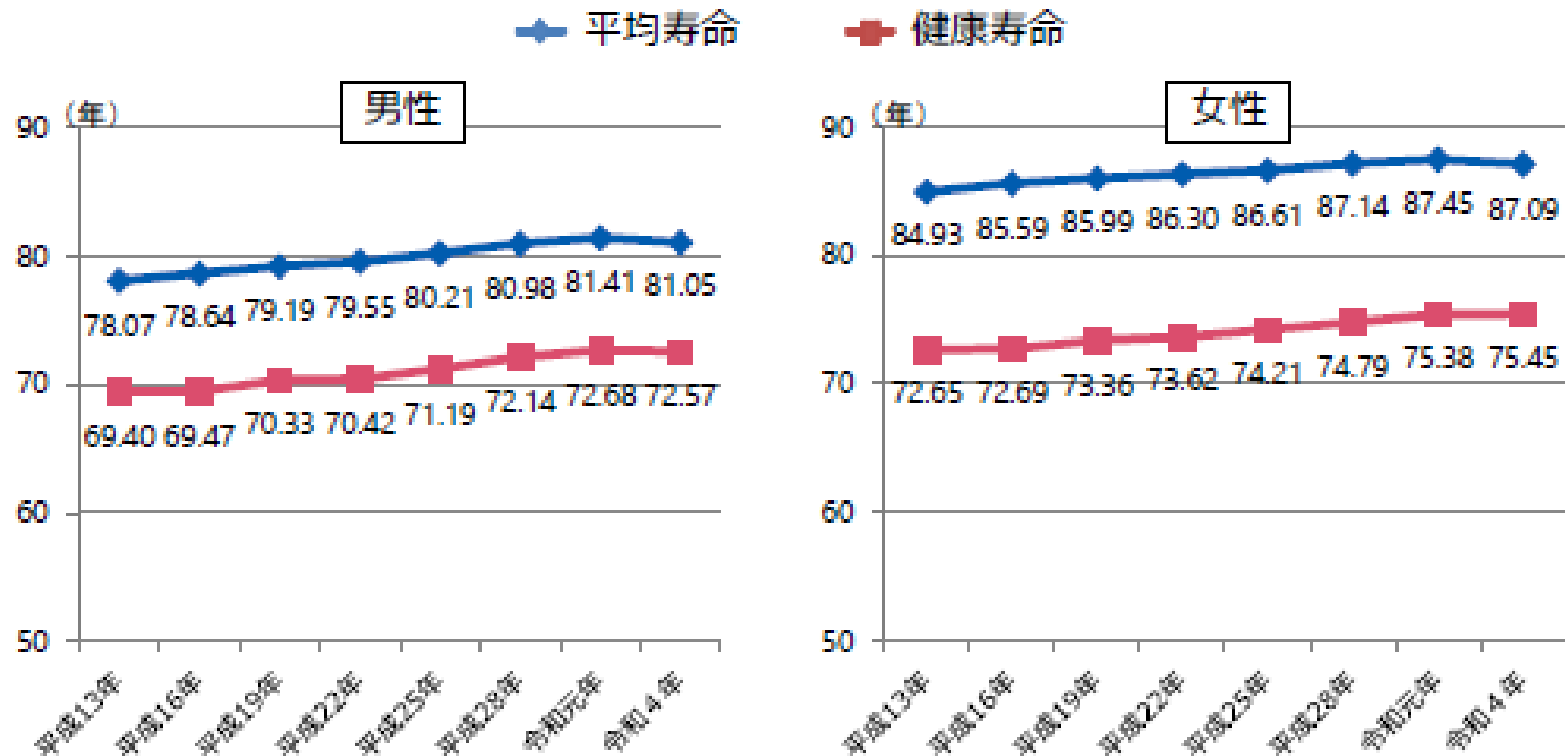
	男性	女性
上位1/4の都道府県の平均（年）	73.27	76.12
下位1/4の都道府県の平均（年）	71.75	74.77
両者の差（年）	1.51	1.35

○平均寿命：厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年簡易生命表」
 ○健康寿命：厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年簡易生命表」
 厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年人口動態統計」
 厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年国民生活基礎調査」

平均寿命と健康寿命※の推移

※日常生活に制限がない期間の平均

令和4年の健康寿命は、男性72.57年、女性75.45年であり、前回値（令和元年値）と比較して、男性で短縮、女性で延伸していたが、いずれも統計的に有意な差は見られなかった。



【資料】平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：厚生労働科学研究において算出

健康寿命の定義：主指標と副指標

自分に当てはめて「健康」とは何か考え直そう

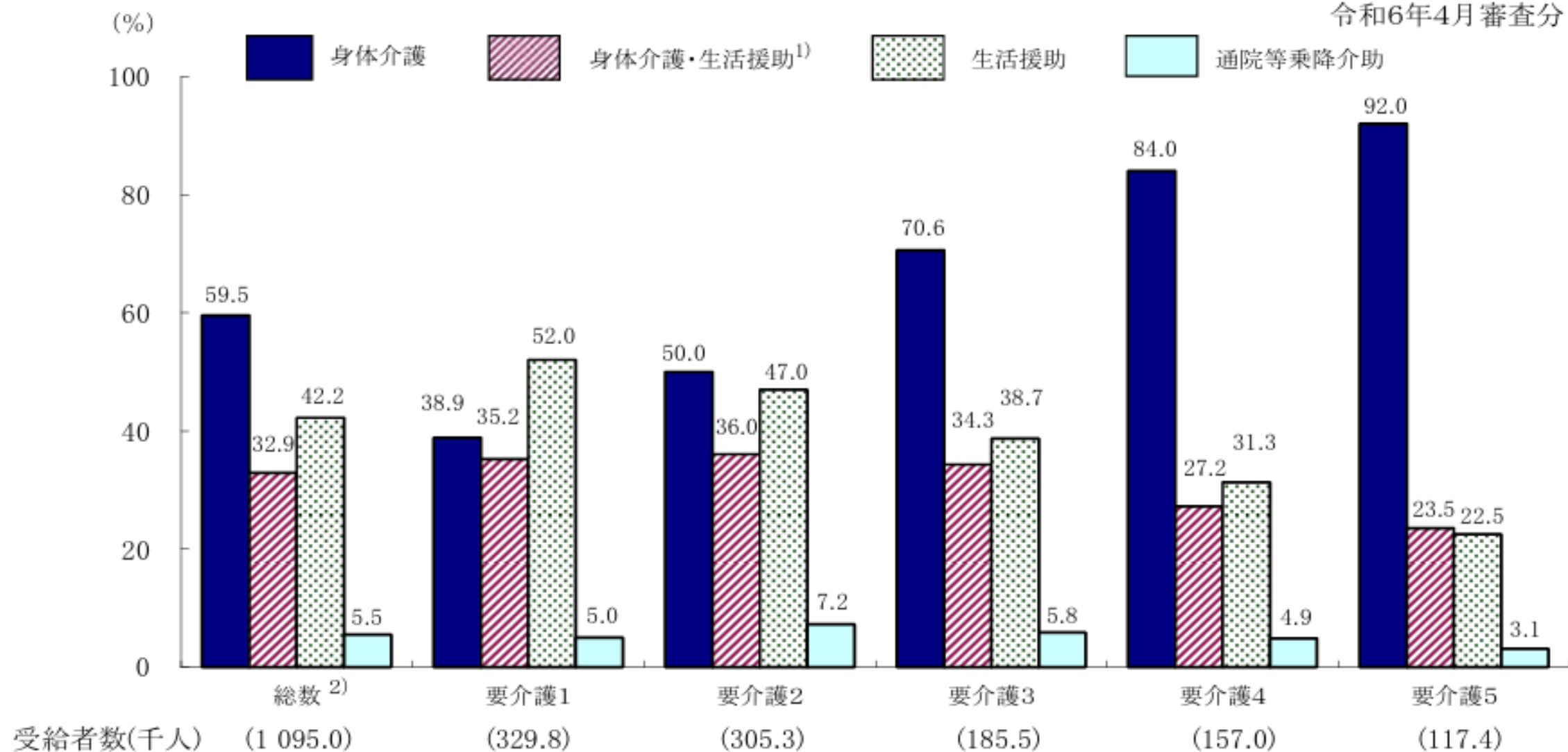
- (1)「日常生活に制限のない期間の平均」（主指標）
- 「あなたは現在、**健康上の問題で日常生活に何か影響**がありますか」という質問に対して、「ない」という回答を「健康」とし、「ある」という回答を「不健康」として、サリバン法*により算出します。
- (2)「自分が**健康であると自覚している期間**の平均」（副指標）
- 「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対する、「よい」「まあよい」「ふつう」という回答を「健康」とし、「あまりよくない」「よくない」という回答を「不健康」として、サリバン法により算出します。
- 「タマに健康、タマに不調」でいいのじゃないか！・・・

意外に多くある錯覚

1. 「介護の必要性」と「介護保険受給」との違い
「要介護認定」と「介護保険受給」との違い
2. 「容れもの」（居宅 vs 施設）と「お世話になる」こととの違い
⇐ 「出たり入ったり」は大変？ 「断捨離」は大変？
3. 人によってとらえる「健康」の違い、「幸福」感 日本人は周りに影響されやすいので、「まあまあ」と答える傾向
4. 人と挨拶をするときにお天気の話をすることが多いが、楽観的か悲観的か、考えてみるとよい「暑いくて大変ですね」
（内心はあまり大変だと思っていなくても・・・）

図4 要介護状態区分別にみた訪問介護内容類型別受給者数の利用割合

令和6年4月 審査分



お世話のされかたにはいろいろある！後述

出所：厚労省「介護給付費等実態調査」令和7年

単身世帯について

以下4枚は藤森克彦氏の著作などによる

1. 10年後ころから**高齢**「単身世帯」が激増する
2. 日常生活での「支障」とは？
3. 「どう」人にお世話になるか、考えておく。
4. 「介護を受ける」というのは「特別の」お世話を受けることではなく、日常できていないことを自分以外にしてもらうこと
5. 世帯を一緒にする人との分業を、考えてみるには、単身者の暮らしを想像してみたり、実践したりするとよい。

「事業者のみ」が担う

主な居宅介護の内容—上位5位(2016年)

()内の単位: %

	単身世帯	夫婦のみ世帯	三世代世帯
1位	掃除(44)	入浴介助(25)	入浴介助(39)
2位	入浴介助(36)	洗髪(19)	洗髪(33)
3位	洗髪(29)	身体の清拭(11)	身体の清拭(20)
4位	食事の準備(28)	掃除(10)	散歩(9)
5位	買い物(28)	食事の準備(7)	口腔清掃(8)

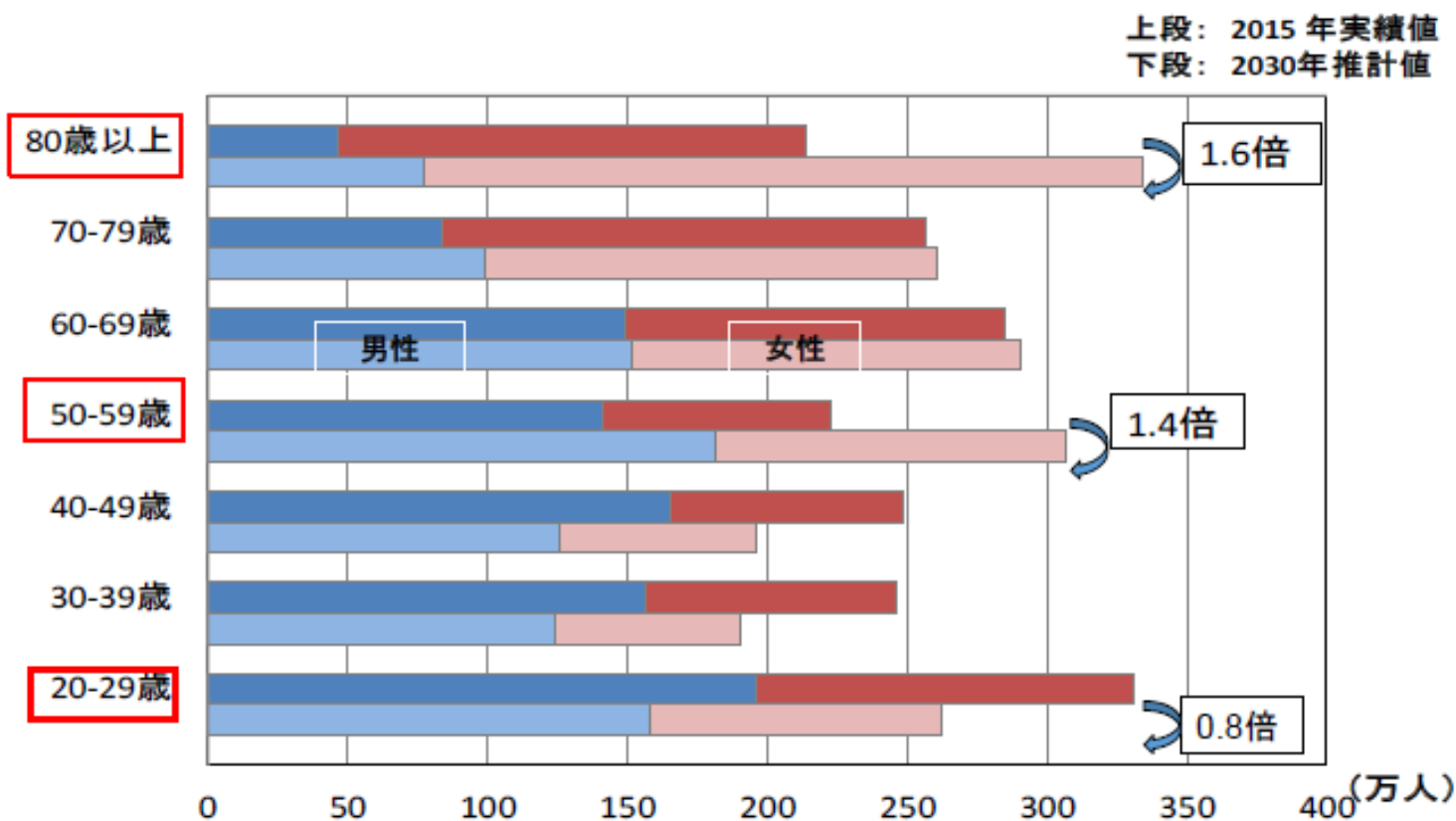
(資料)厚生労働省『平成28年国民生活基礎調査』により、藤森作成(©2017みずほ情報総研)。

資料出所：みずほ情報総研 藤森克彦

2017 「単身世帯と介護」講演録

https://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/h29/k_3/pdf/s4.pdf

2015年と2030年の年齢階層別の 単身世帯数の比較



(資料) 2015年実績値：総務省『平成27年国勢調査』

2030年推計値：国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』(2013年1月推計)

資料出所：みずほ情報総
研 藤森克彦
2017 「単身世帯と介
護」講演録
[https://www8.cao.go.jp/
kourei/kihon-
kentoukai/h29/k_3/pdf/
s4.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/h29/k_3/pdf/s4.pdf)

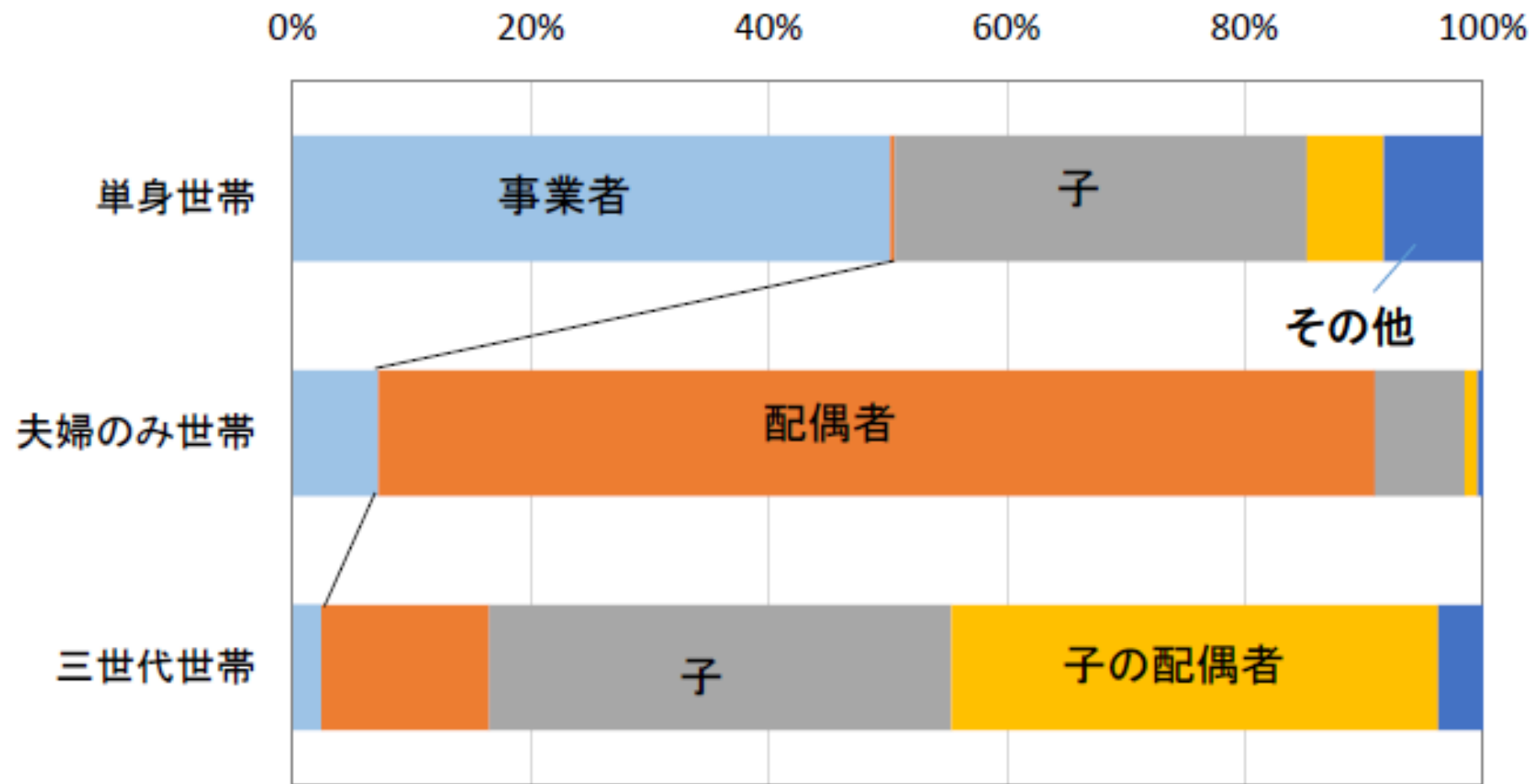
病気や日常生活に必要な作業について
同居家族以外に頼れる人の有無(複数回答)

	単身世帯					n
	別居家族	友人	近所の人	その他	頼れる人なし	
日 本	67.3%	21.1%	15.8%	7.0%	12.9%	171
米 国	55.9%	48.0%	27.0%	9.2%	13.1%	381
ドイツ	63.3%	46.0%	45.0%	5.9%	6.1%	409
スウェーデン	58.0%	49.1%	30.1%	9.6%	9.2%	479

資料出所：みずほ情報
総研 藤森克彦
2017 「単身世帯と
介護」講演録
https://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/h29/k_3/pdf/s4.pdf

(資料)藤森克彦(2016)「単身高齢世帯(一人暮らし高齢者)の生活と意識に関する国際比較」(内閣府『高齢者の生活と意識—第8回国際比較調査結果報告書』2016年3月)。

世帯類型別にみた「主な介護者」の続柄(2016年)



資料出所：みずほ情報総研 藤森克彦
2017 「単身世帯と介護」講演録
https://www8.cao.go.jp/kourei/kihon-kentoukai/h29/k_3/pdf/s4.pdf

(注) 要介護者のいる世帯を対象。「主な介護者」の「不詳」を除いて計算。

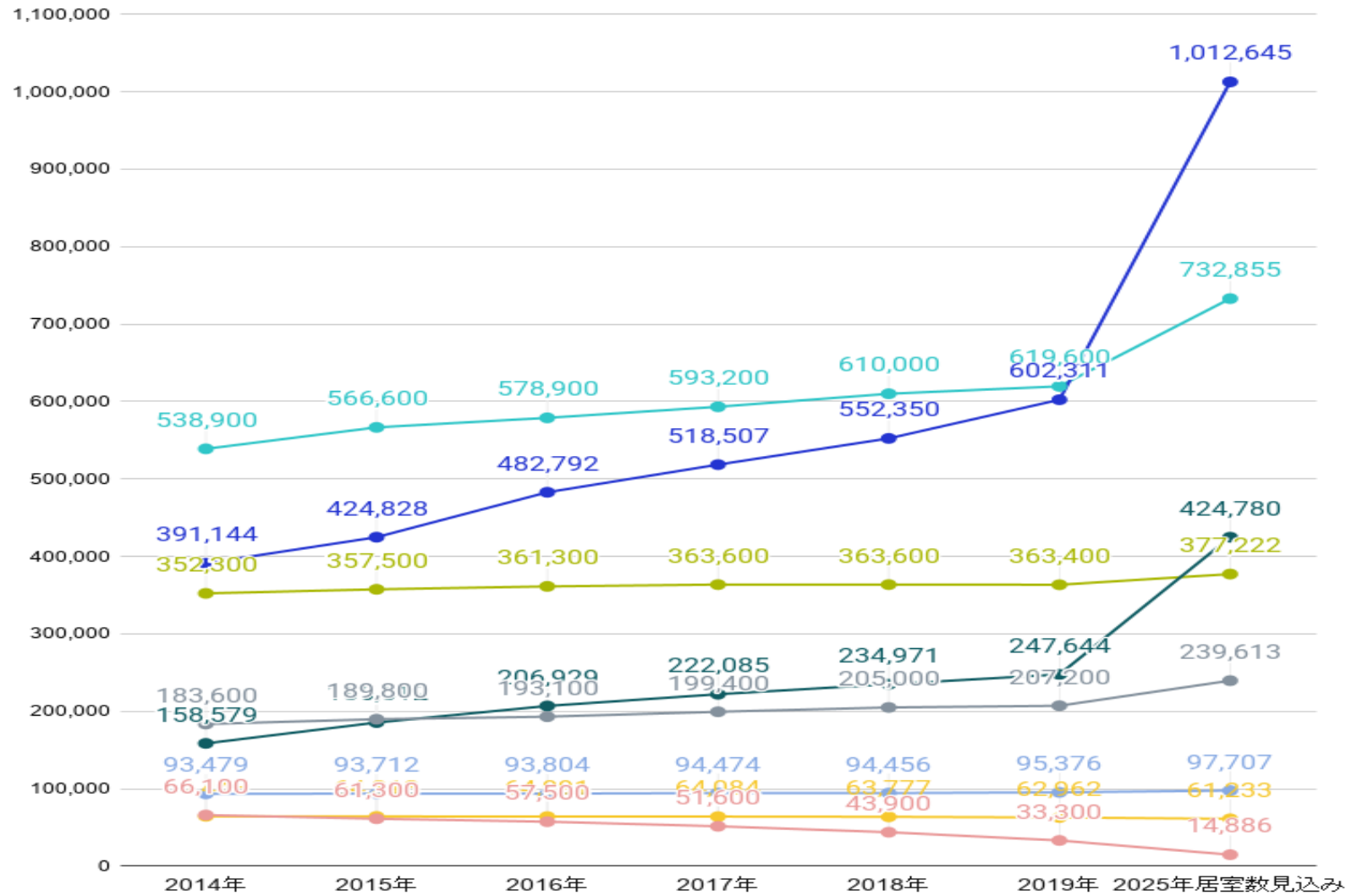
(資料)厚生労働省『平成28年国民生活基礎調査』により藤森作成 (©2017みずほ情報総研)。

介護保険を受給するというのは・・・

1. 医療と違う 介護が必要となったときは遅い←医療機関に行くのとの違い
2. **要介護認定**のさい見栄を張らないこと、ただし認知症の場合は少し考えが違う
3. すこし余裕のある人は保険外も考えてもよい（最後の新聞記事参照）
4. 80歳になると（多くの人々は90歳を超えてから）需要が始まる人が多い 京都府はこれから急増する

介護施設・居住系サービス居室数推移

(単位:人・床)



資料出所 松野勇太
「介護施設、居住系サービスにおける居室数推移」『高齢社会ラボ』2021/1/19

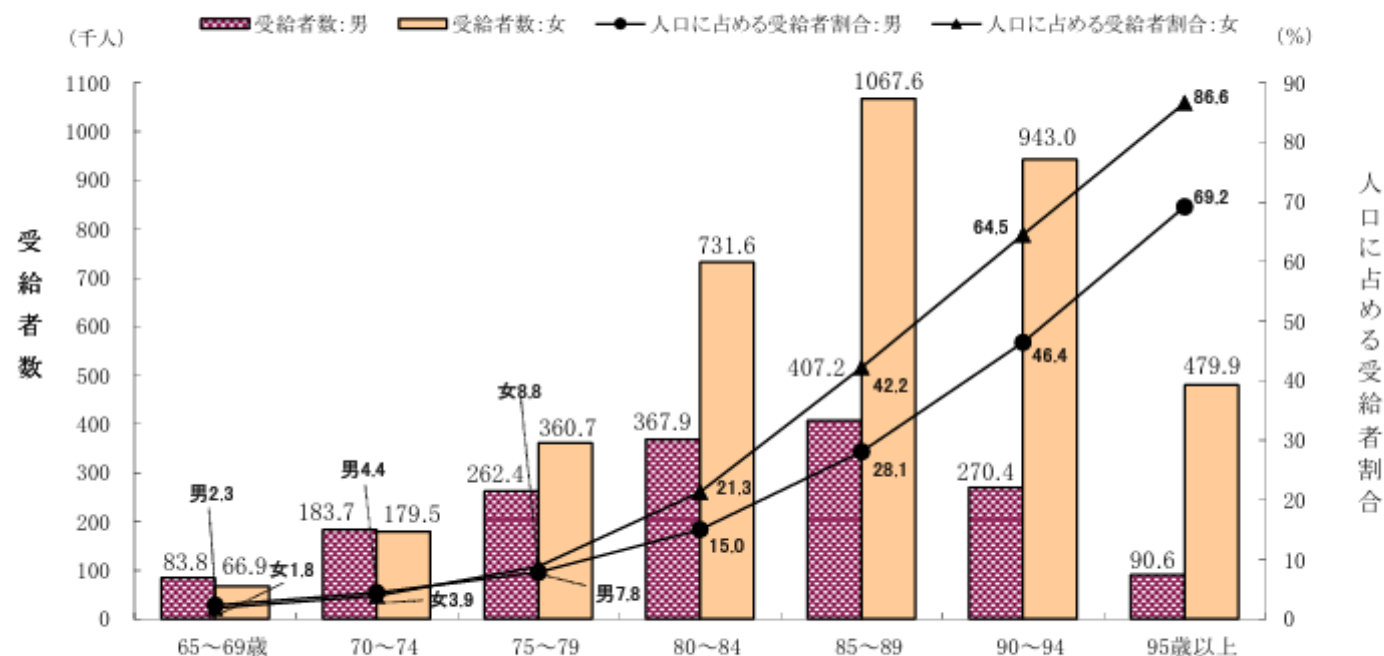
引用の許可を取っていません。注意してください。

● 介護老人福祉施設 ● 有料老人ホーム ● 介護老人保健施設 ● サービス付き高齢者向け住宅
● 認知症高齢者グループホーム ● 軽費老人ホーム ● 養護老人ホーム ● 介護療養型医療施設

- 厚生労働省「令和5年度介護給付費等実態統計の概況」

図2 65歳以上における性・年齢階級別にみた受給者数及び人口に占める受給者数の割合

令和5年11月審査分

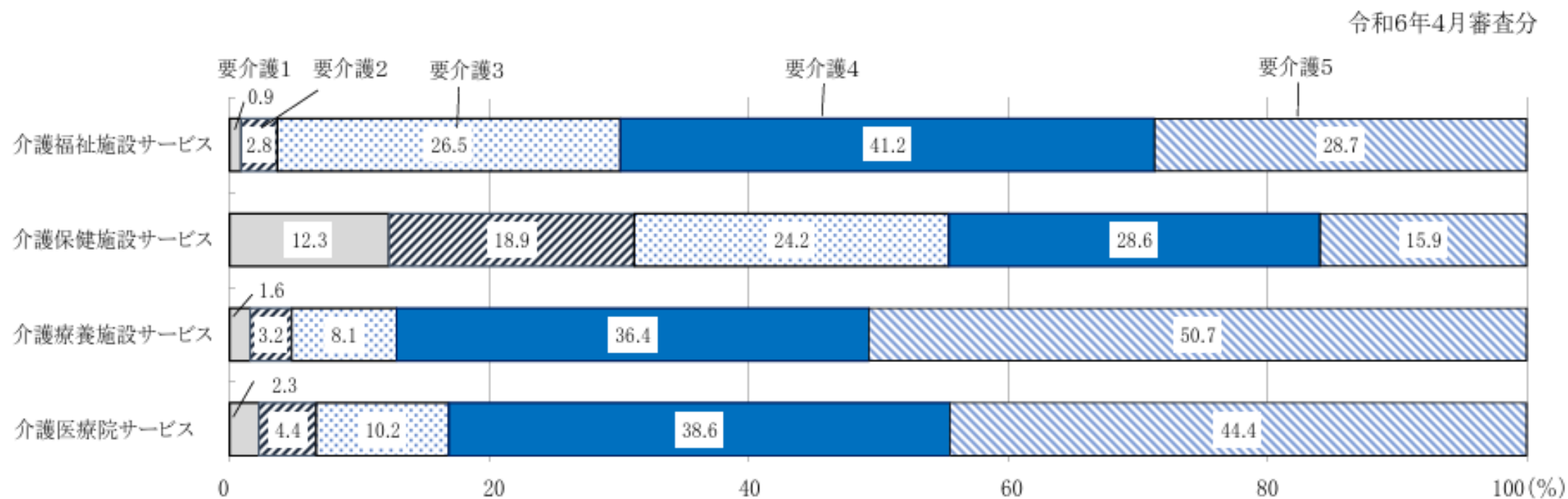


注：性・年齢階級別人口に占める受給者割合(%) = 性・年齢階級別受給者数 / 性・年齢階級別人口 × 100
人口は、総務省統計局「人口推計 令和5年10月1日現在(確定値)」の総人口を使用した。

オマケ：説明省略

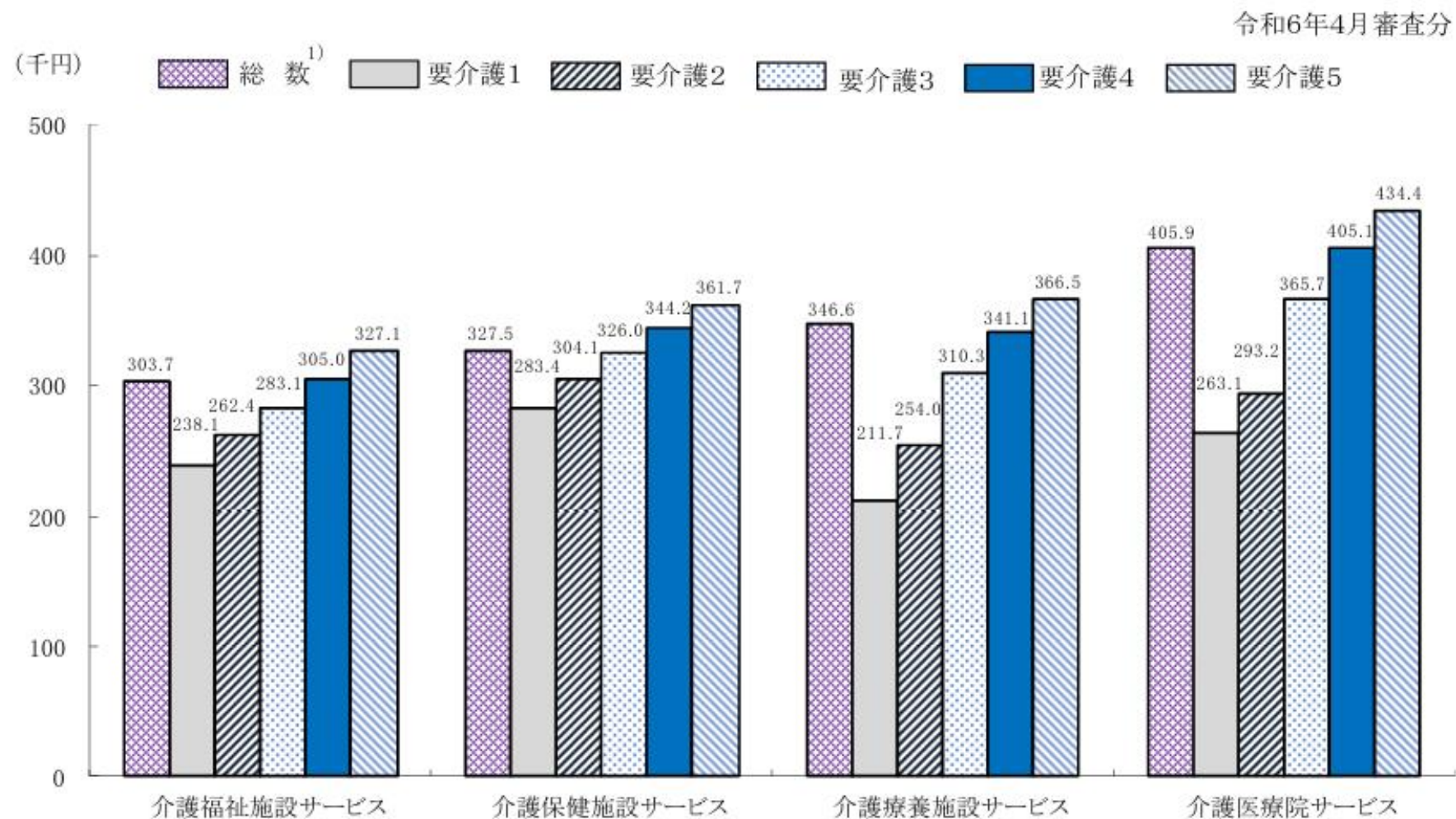
- いまのコメ問題は、政府の減反政策の破綻
- でも20年ほど前に終わっているはずなのに、現場に伝わっていない 専業農家と兼業農家 これからの労働力政策は「兼業」をうまく活用するかの工夫
- ①減反政策の歴史を学ぶ 私見：「頼れる」政治家を育てなかったこと 左翼・極右などのレッテル貼り
- ②コロナ禍の影響を忘れてはならない 外食の極端な減少の反動による外食業界の需要拡大
- ③アメリカのお米を輸入すべきか？
- ④政治に過大な期待をすることから信頼できる政治を作れるか？ 気軽に政治を語り、それを専門家に伝える工夫

図7 施設サービスの種類別にみた要介護状態区分別受給者数の割合



厚生労働省「令和5年度介護給付費等実態統計の概況」

図8 施設サービスの種類別にみた要介護状態区分別受給者1人当たり費用額



訪問介護は何でもやってくれる家政婦さんなのか？

- 日本ホームヘルパー協会東京都支部会長の黒澤加代子氏
- 「介護保険は公的なものです。家政婦ならば、契約した内容であれば、『承りました』となります。**しかし、ヘルパーは違います**」と語った。
- 黒澤氏は、ヘルパーの仕事について、「誰でもできると思われているのが残念です。最近では、関係機関と連携して対応しなければならない困難なケースも増えています」と言う。
- 「介護保険が導入された25年前の訪問介護の売り文句が良くなかったのではないのでしょうか。『なんでもヘルパーに頼んでください』と説明されたのです。掃除、買い物、調理などの家事援助が多く、ヘルパーにはなんでもやってもらって当たり前だ、となり、そのことが今も残っています。介護保険のケアマネジャーも、『ヘルパーさんにやってもらえばいいですよ』と言うことがよくありました。『やってもらえばいい』という言葉を使うと、利用者も『やってくれるんだ』となります。掃除してくれる人、買い物してくれる人、料理を作ってくれる人と思っておられる方が大勢いらっしゃる」と語った。

認知症について

1. 10年前の予測より認知症予測値は減少した
2. 認知症もMCIも怖がってはいらない。ただし初期対応が肝心

社会保障審議会 介護保険部会（第78回）	参考資料 2 - 1
令和元年6月20日	

認知症施策の総合的な推進について （参考資料）

令和元年6月20日
厚生労働省老健局

是非の資料をご覧ください
また以下の7枚は上記資料から
取りました。

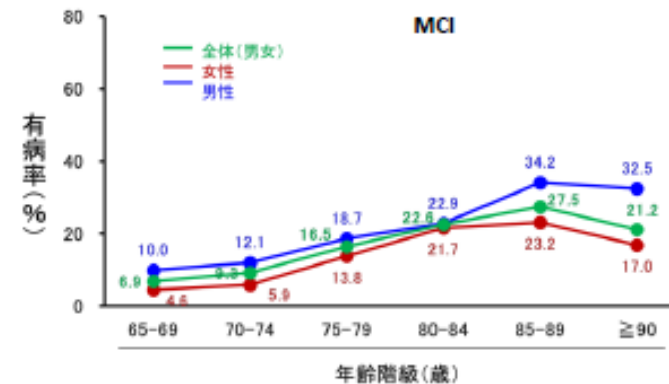
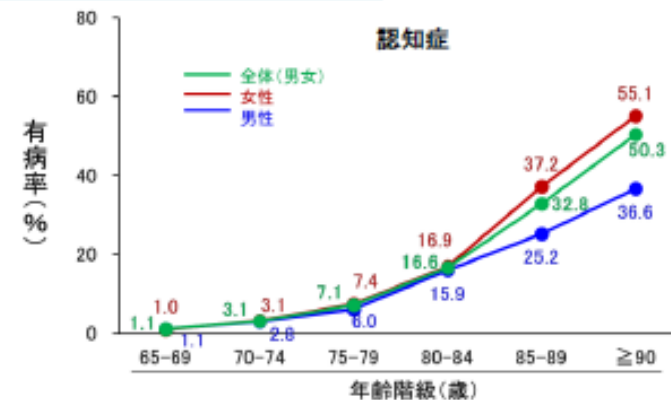
認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計

- 2022年に認知症の地域実態調査(調査率80%以上)を実施した4地域(福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町)において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率(性年齢調整後)は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率(性年齢調整後)は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症患者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害(MCI):もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%(2022年時点)であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率(2022年時点)



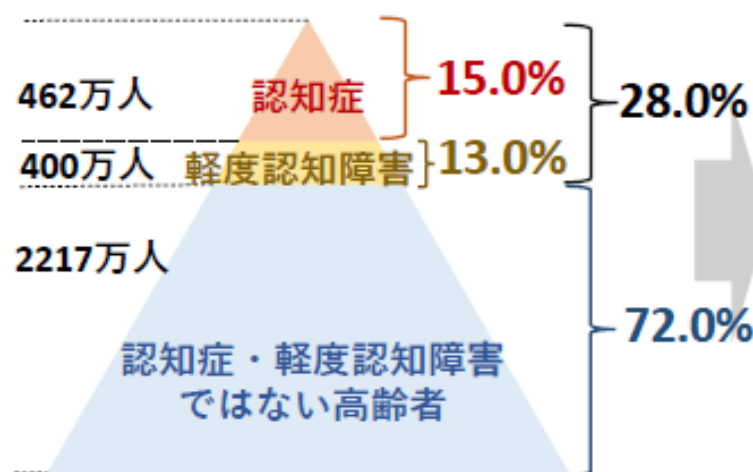
高齢者数と有病率の将来推計

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における 認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
MCI高齢者数	558.5万人	584.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者における MCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

資料:「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授)より厚生労働省にて作成

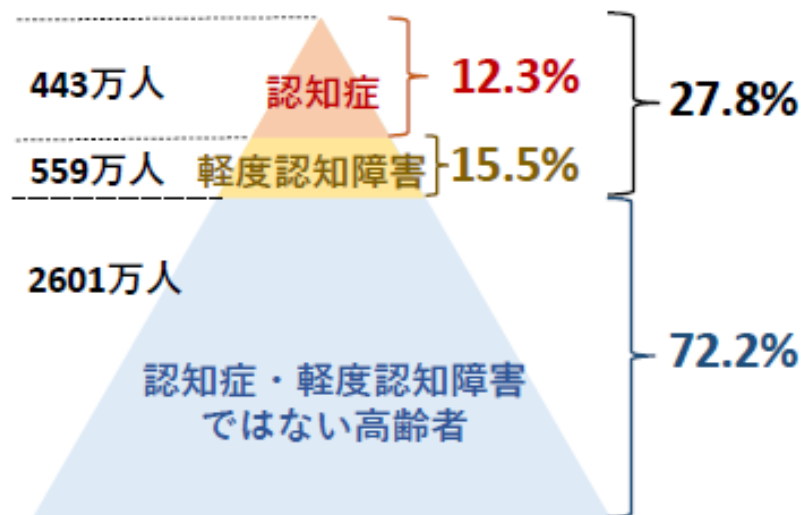
2012年有病率調査



65歳以上高齢者
3079万人

平成23年度 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」
(研究代表者 筑波大学 朝田隆)

2022年有病率調査



65歳以上高齢者
3603万人

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金
「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」
(研究代表者 九州大学 二宮利治)

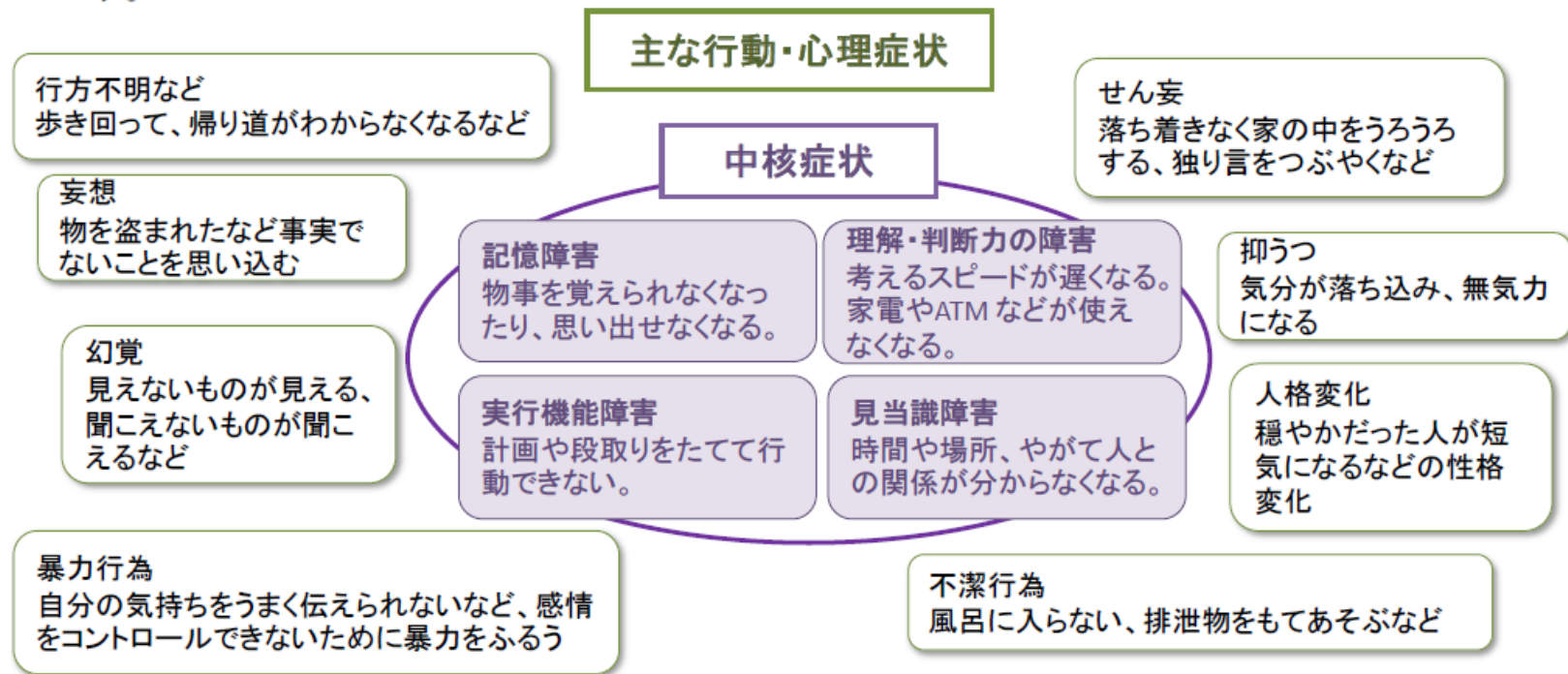
認知症の症状

脳は私たちのあらゆる活動をコントロールしている司令塔です。指令がうまく働かなければ、精神活動も身体活動もスムーズに運ばなくなります。

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞がしんでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヶ月以上継続）をいいます。

認知症の症状として、「中核症状」と「行動・心理症状」があります。

なお、「行動・心理症状」には周囲から見ると、「妄想」等も、本人なりの背景や理由があると言われています。



軽度認知障害 (MCI) について

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

- 正常と認知症の中間の状態。
- 物忘れはあるが、日常生活に支障がない。
- 年間10～30%が認知症に進行する。

(正常な方からは年1～2%が認知症発症)

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr. 2004)

(Iwatsubo T et al. Alzheimers Dement. 2018)

※軽度認知障害の人の数は、2012年時点で約400万人と推計される。

- 一方、正常なレベルに回復する人もいる。
(5年後に38.5%が正常化したという報告あり)

(Ishikawa T et al. Psychogeriatrics. 2007)

(Malek-Ahmadi M et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2016)

(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

- 認知症治療薬の効果はないとする研究が多い。

(Birks et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006)

認知症のとらえ方

- 私たちは、知り合いで「骨折した」人を見たとき、どう考えるでしょうか？
- ①予防の重要性、②できるだけ早く退院できればと願う、③後遺症がないよう願う。ただ認知症の場合は、完治が難しいと思うのは自然です。
- もちろん細かい話をすると、高齢者の骨折が、認知症の引き金となることを心配します。これをどうとらえるかを学びたい
- 病気と言っても、後遺症はいろいろなパターンがあることを学びたい

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (平成27年1月策定・平成29年7月改定)

- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年
- ・ 策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017(平成29)年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、令和2年度末までの数値目標に更新する等の改定を行った(平成29年7月5日)

新オレンジプランの基本的考え方

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ 2025(令和7)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。



認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



- 配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

お薦めしたい「容れもの」の選び方

- 老人保健施設の役割 中間施設なのです
- いまは特養も中間施設化しています。
- 「行ったり来たり」は世話する側からは煩わしい。（昔は「病院で寝たきりにしたら、家族は楽だった」）でも今はこれをもっとも「親不孝」
- 入退所の頻繁な特養など
- 有料老人ホーム
- サ高住（サービス付き高齢者住宅）

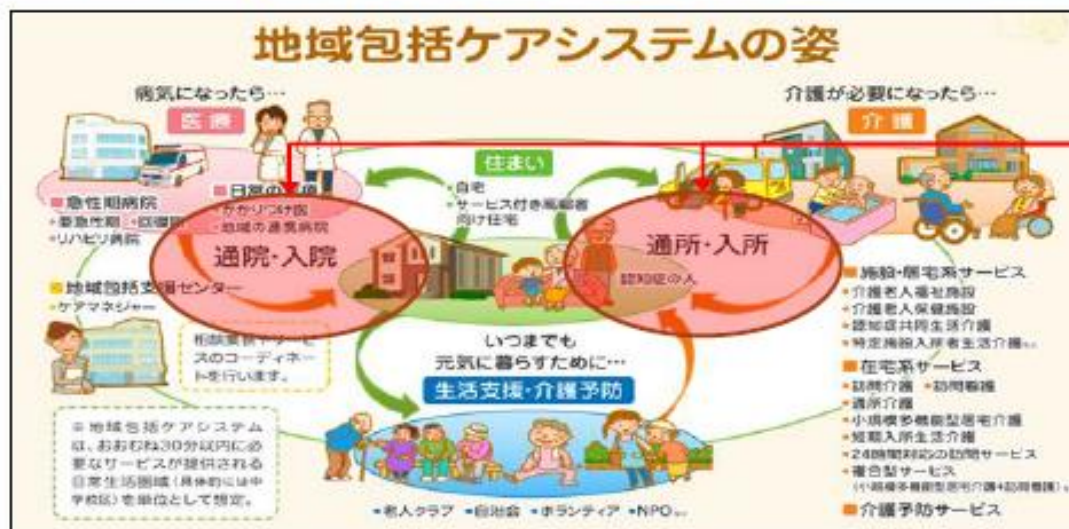
有料老人ホームにおける 望ましいサービス提供のあり方 に関する検討会（第2回）	資料4
2025年4月28日	

以下7枚出所上
記より

高齢者向け住まい紹介事業者の業務内容、役割

株式会社ソナエル、東京ロイヤル株式会社

1. 地域包括ケアシステムでの立ち位置



高齢者向け紹介事業者が活動している領域

関係者	ケース	紹介会社を利用しない場合	紹介会社を利用する場合
利用者・家族		ネットやパンフにてご自身で情報収集し、ホーム見学等を実施する。	膨大な情報の中から自身に最適な情報収集・選択の支援を求めたい場合。
MSW・CM		患者、ご利用者にご自身の知りうる情報を提供する。	患者、ご利用者に対して、自身が知りうる範囲を超えた情報提供が必要と判断した場合。
有料老人ホーム運営事業者		専任/兼任での入居営業体制を自前で雇用し組織化、あるいは、他の入居チャネルを確保。	事業所に十分な営業体制がなく、広告や営業社員の雇い入れの代替として、成果報酬型の委託業務を活用すると選択した場合。

2. 紹介事業者の種類と提供サービス

紹介業種	相談流入経路	対応可能事項	対応困難事項
対面型 紹介事業者	・病院MSW ・居宅支援事業所CM ・地域包括CM ・ご家族 ・知人ご紹介	・対面での相談 ・見学同行（数日を要する見学対応を実施） ・病院や居宅との連携 ・契約立ち合い対応 ・入居立ち合い対応 ・独り身の方の入居サポート：関連サービスの手配やご紹介（引っ越し業者、家財処分業者の紹介や手配等）	・全国対応 ・人員以上の相談対応（多くの相談が集中した場合等）
Web型 紹介事業者	・HP経由 ・Mail ・TEL	・HPに情報を掲載し全国のホーム紹介が可能 ・相談者の都合の良い時間に問合せ可能 ・対面を嫌がる方でも比較的利用しやすい ・HPへの施設情報掲載課金の場合もあり	・対面での手厚い対応 ・見学同行

紹介事業者の役割

- ・ ホームとの情報連携 : **最新の施設情報の収集**（新規施設開設情報、空室情報・受け入れ態勢、入居対応可能疾患 等の施設情報を常時アップデート）
- ・ 専門的スキルの蓄積と向上 : **MSWやCM対応における専門的スキルとの情報共有**、医療介護ケアの必要性などを理解する為の必須となる専門的知識の取得と向上+ご相談者様
- ・ 地域包括ケアシステムとして : MSWやCM、ご家族だけでは収集・対応出来ない情報を整理し、**地域包括ケアシステム構想内の一助になるサービスの提供**を実施

3. 紹介事業者の業務内容（対面型紹介事業者）

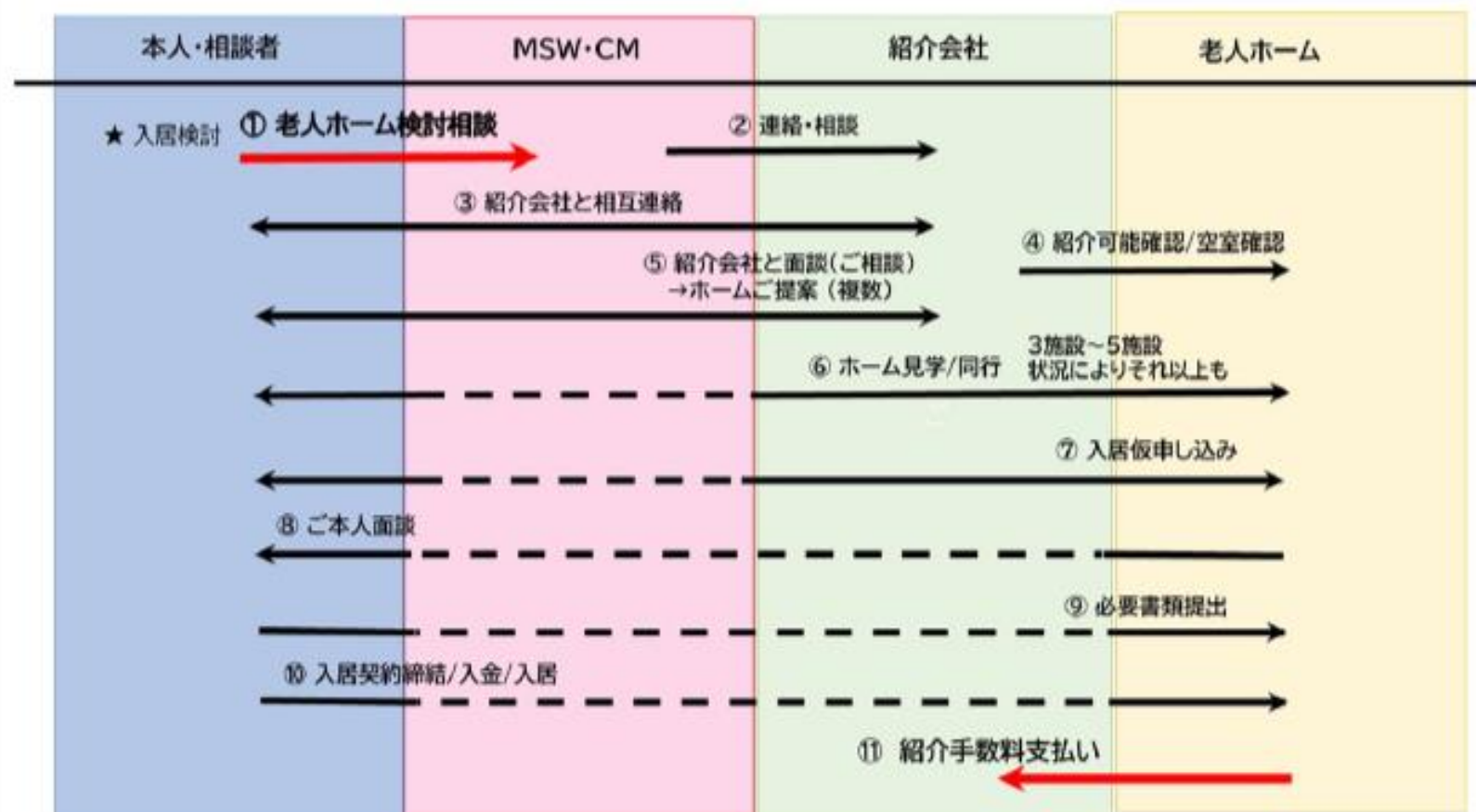
ヒアリング事項（医療機関様との連携のケース）

- （１）ご本人様、ご家族様の希望ヒアリング
 - ① 予算 入居時費用予算/月々の予算
 - ② 地域 最寄り駅・自宅（家族宅）からの距離等
 - ③ 入居後に希望する具体的な生活内容
 - ④ 希望居室面積/部屋向き
 - ⑤ 希望共有設備
 - ⑥ 引っ越し業者の手配/紹介の必要可否
 - ⑦ 身元保証業者の紹介必要可否
 - ⑧ 介護認定申請のアドバイス
 - ⑨ 地域包括支援センターの紹介 等
- （２）介護・医療情報に関するヒアリング
 - ① ADL評価
 - ② 介護度、認知症重症度
 - ③ H0T（在宅酸素）
 - ④ ヤール重症度 I度～V度（パーキンソン疾患）
 - ⑤ 疾患による必要となる医療的ケア・通院頻度の確認
 - ⑥ 褥瘡評価スケール
 - ⑦ インスリン回数
 - ⑧ 透析の有無/回数
 - ⑨ ターミナルケアの有無/看取り
 - ⑩ 提携医療機関先
 - ⑪ 24時間看護師対応の要・不要 等

ホームのご提案

- （１）
ヒアリング事項に基づき、以下内容を整理の上、関係者での協議を実施
 - 優先順位の整理
 - ご本人様の希望
 - ご家族様の希望 等↓
- （２）
複数ホームのご提示
 - 各選択肢の特徴をまとめたご案内
 - ご検討材料としての比較ポイント
 - それぞれの施設の魅力と懸念点 等↓
- （３）
見学のご案内、面談
↓
- （４）
入居までのサポート

4. ご相談から入居までの流れ



5. 紹介事例

紹介事例（1）

- a. 医療機関（ソーシャルワーカー様）からのご紹介。
- b. ご本人様は交通事故により入院、廃用症候群。
- c. ご長男様がキーパンソンとなり、退院後の有料老人ホームを探す。
- d. 5つのホームを検討、見学し入居に至る。

紹介事例（2）

- a. 在宅介護のケアマネージャー様からのご紹介（ご家族様への提案依頼）
ご本人様およびご家族3兄妹間でも意見調整がままならない状態であったが、以下理由から有料老人ホームの提案依頼に至ったもの。
 - ご本人様の清潔保持および環境整備ができていない
 - 外出することも無く外部との接点も無い
 - 更に筋力・認知機能低下にも繋がることが懸念
 - このままでは今後の清潔保持も難しい
- b. ご本人様の状態に鑑み、有料老人ホームへのご入居をご家族様に提案
- c. 1週間の仮入居期間を設け、その前後でのご本人様、ご家族様、ケアマネージャー様との意見調整を経て入居に至る。

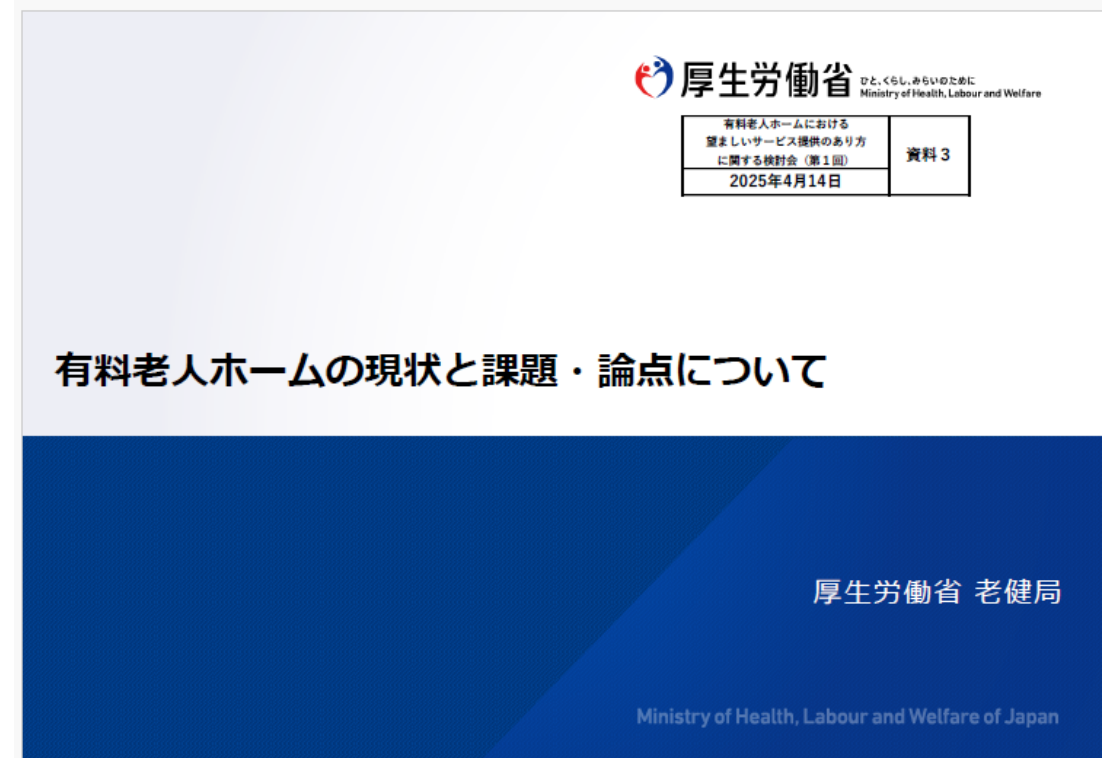
6. 関東圏での紹介手数料テーブルの事例

手数料体系のサンプル(※)			
	ホームの料金設定		手数料
	【月額費用】 家賃、管理費、食費の合計	【ご参考】 前払金設定がある場合の 金額規模	
1	13万円～15万円程度	－	5～15万円ほど
2	15万円～25万円程度	100万円以下	10～20万円ほど
3	15万円～30万円程度	100～1000万円	20～50万円ほど
4	20万円～40万円程度	1000万円～	入居金の3％～100万円
5	生活保護の方の受入れが可能なホーム		0円～2万円ほど

(※) 上記はキャンペーン手数料価格を含めた料金相場の参考値。地域、提携するホーム運営事業者ごとに異なる。前払金はホームの価格帯イメージの参考表示

有料老人ホームとサ高住

- 虐待という言葉聞くといきり立つが、その前に日常的に処遇を評価する必要性
- 当事者が適切に評価するためには、①いくつかの事例を比較する、②個人差情報をどう集めるか
- 以下の8枚は右記に基づく
- 関心のある方は是非ご覧下さい。



有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

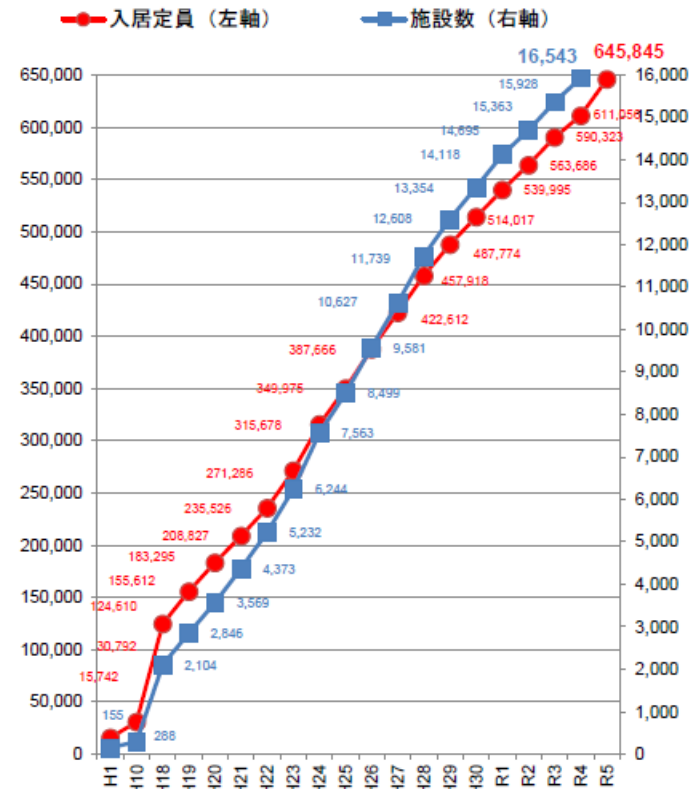
- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。



3. 提供する介護保険サービス

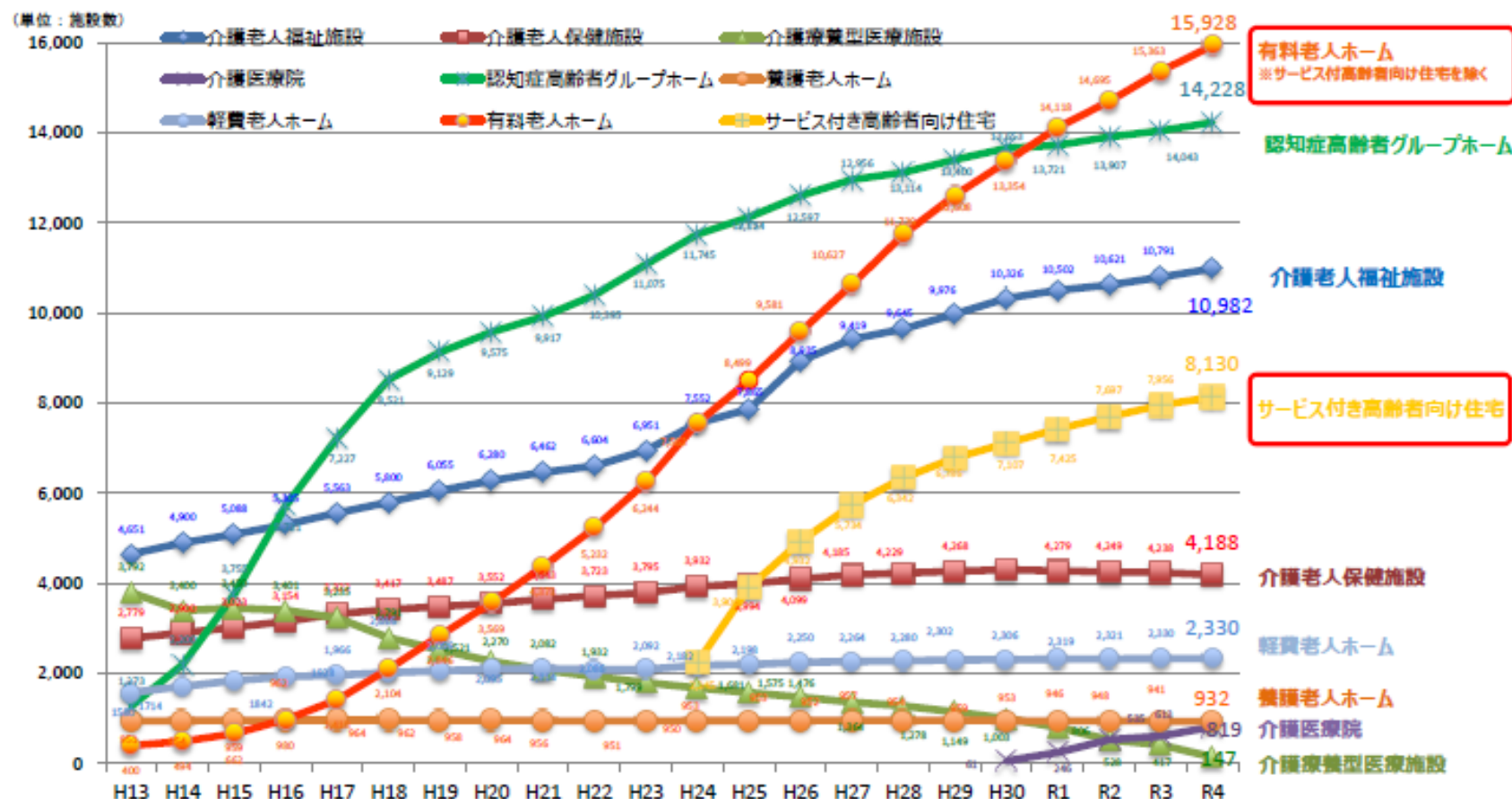
- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事・指定都市市長・中核市市長の指定を受けなければならない。

有料老人ホーム施設数・定員数の推移



※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を

高齢者向け住まい・施設の件数



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月調査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態調査（10月調査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した施設数であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

- 養介護施設従事者等（※）による虐待判断件数の施設種別構成比の経年比較をみると、有料老人ホームの割合が増加（直近では住宅型有料老人ホームの割合が増加）。

Figure 1: Trends in the Percentage of Various Types of Nursing Homes (FY18 to FY25)

Fiscal Year	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護医療院・介護療養型医療施設	認知症対応型共同生活介護	有料老人ホーム	(有料内訳)住宅型	(有料内訳)介護付き	小規模多機能型居宅介護等
H18	35.2%	18.5%	0.0%	18.5%	13.0%	0.0%	0.0%	0.0%
H19	27.4%	14.5%	3.3%	30.6%	11.3%	0.0%	0.0%	0.0%
H20	30.0%	15.7%	0.0%	31.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
H21	30.3%	14.5%	2.7%	22.4%	9.2%	0.0%	0.0%	2.7%
H22	29.2%	17.7%	1.0%	21.9%	8.3%	0.0%	0.0%	1.0%
H23	30.0%	12.0%	0.7%	24.0%	11.3%	0.0%	0.0%	4.6%
H24	29.7%	9.0%	1.3%	26.5%	7.1%	0.0%	0.0%	1.3%
H25	31.2%	11.8%	1.3%	15.4%	11.8%	0.0%	0.0%	3.2%
H26	31.7%	11.8%	1.1%	13.3%	22.3%	10.4%	11.7%	3.4%
H27	30.6%	9.1%	1.7%	15.9%	20.8%	9.1%	11.7%	1.7%
H28	27.4%	11.5%	0.0%	14.6%	26.5%	13.3%	14.6%	2.5%
H29	30.4%	10.4%	0.7%	14.3%	21.6%	10.4%	14.3%	2.8%
H30	34.9%	8.1%	1.2%	14.2%	23.0%	11.2%	14.2%	2.5%
R01	29.5%	11.2%	0.7%	14.8%	27.6%	11.2%	14.8%	2.2%
R02	28.2%	8.4%	0.4%	13.9%	27.1%	11.2%	13.9%	2.1%
R03	30.9%	5.3%	0.8%	13.5%	29.5%	13.5%	13.5%	2.5%
R04	32.0%	10.5%	0.6%	11.9%	25.8%	10.5%	11.9%	2.4%
R05	31.3%	10.2%	0.4%	13.3%	28.0%	13.9%	11.3%	2.3%

出典:高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書,令和6年3月,p225.

住宅型有料老人ホームにおける職員の一斉退職及びサービスの一部停止の事案

事案概要

- ・ 同一法人が運営する東京都足立区等全国4ヶ所に所在する住宅型有料老人ホームにおいて、令和6年9月に給料の未払いにより職員が一斉退職したことで、入居者へのサービス提供が行われず、入居者全員が短期間に施設からの転居を余儀なくされる事案が発生した。
- ・ 約10日の間に転居する必要があったため、関係自治体や利用者の担当ケアマネ、関係団体等が連携し、残された入居者全員の転居先や退去までの必要な生活環境を確保した。

厚生労働省における対応

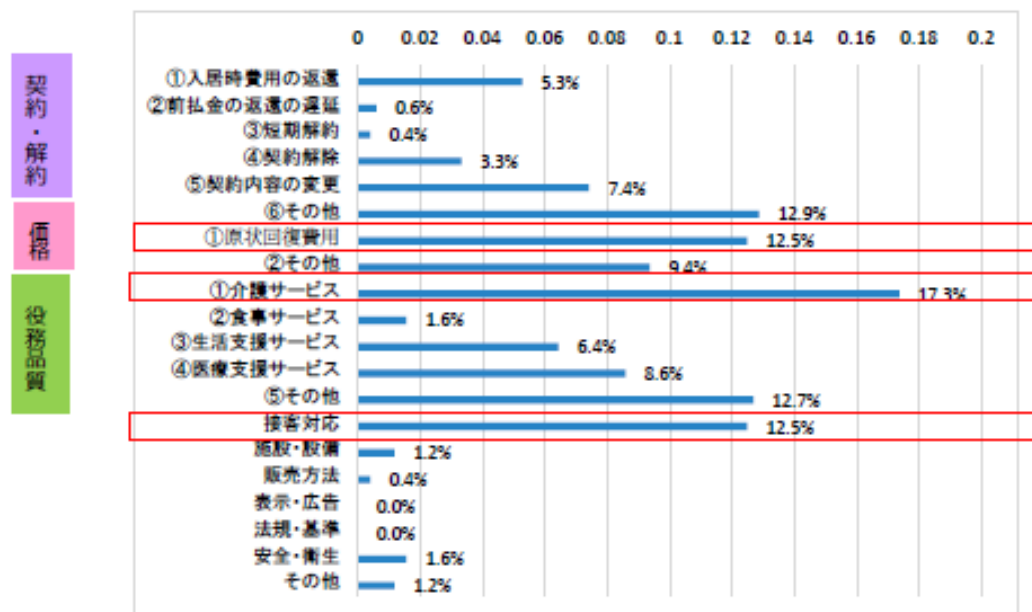
有料老人ホームにおける安定的かつ継続的な運営確保の観点から、都道府県・指定都市・中核市に対して指導監督の徹底に関する留意事項として以下を要請(R6.10.18老健局高齢者支援課長通知)。

- ・ 都道府県等において、立入調査の際、入居率や資金計画・収支の状況、職員配置等、事業の継続性に関係する事項等の聞き取りを行い、当初の事業計画と乖離がある場合には、専門家への相談を促すなどの注意喚起を行い、改善を図るよう働きかけを行うことが求められること
- ・ 開設後1年に満たない時期に発生したことも踏まえ、通報等があった場合はもとより、開設後1年以内の、一定の入居が進んだと考えられる時期にも立入調査を行い、事業計画に沿った運営がされているか等を確認するなど、立入調査実施時期の見直しを行っていただきたいこと
- ・ 住宅型有料老人ホームは、同一法人が併設の介護事業所を運営し、職員を兼務している場合も多いことから、当該併設介護サービスの所管部署と連携して立入調査を行うことも効果的であること

全国有料老人ホーム協会における苦情相談

有料老人ホーム協会に寄せられた苦情相談

(2023年度の苦情相談受付 全614件の内、有料老人ホーム、介護住宅を抽出)



※有料老人ホーム協会は、1991年、老人福祉法に基づき、苦情の解決のための「苦情処理委員会」を立ち上げた。2019年度より、名称を「苦情対応委員会」に変更し、苦情対応委員会規程に基づき運営している。

相談事例①介護サービス

- ・母がホームの協力医療機関ではない病院に通院している。その病院への通院介助について、ホームは通院介助のサービスは提供しないというが、納得できない。
- ・住み替え先の住宅型ホームで、ホームが指定したケアマネジャーを利用するようと言われている。(住宅型)
- ・住宅型ホームに入居している両親が散歩に行きたいということで、これまでではスタッフが付き添っていたが、今後、散歩については自費となると言われた。(住宅型)

相談事例②現状回復費用

- ・3年くらい入居していた父がホームで逝去した。入居時には、退居する時に居室のクリーニング費用が3万円程度必要となる旨を口頭で言われたが、今回の請求額が79,000円(クリーニング代15,000円、居室クロス張替49,600円、他14,400円)となっていた。
- ・ホーム入居後3カ月で退去。勝手に敷金からハウスクリーニング代として5万円が相殺され、明細の提示もない。契約書では、相殺する前に入居者側に事前に明細を示すとなっている。

高齢者向け住まいについて

(介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の違い)

- 有料老人ホームには、特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付き有料老人ホーム」と受けていない「住宅型有料老人ホーム」がある。介護付き有料老人ホームの場合、老人福祉法に加え、提供する介護サービスの内容や人員配置・設備等について、介護保険法に基づく規制を受ける。
- サービス付き高齢者向け住宅は、登録時や登録後において、居室の広さや設備、状況把握・生活相談サービス等について高齢者住まい法に基づく規制を受け、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅の場合は、さらに、食事や健康管理、家事の供与等のサービスに対して、老人福祉法に基づく規制を受ける。

介護

介護付き有料老人ホーム

介護保険法に基づく規制

【許可等】都道府県又は市町村による指定（特定施設入居者生活介護※）※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、療養上の世話

【指導監督】都道府県又は市町村による勧告、改善命令、指定取消し等

【介護サービスの利用・報酬体系】

- ・ 介護保険サービスをホームが自ら提供
- ・ 介護報酬はホームに包括報酬で支払い

【主な人員基準】（基準省令）

- ・ 管理者－1人
- ・ 生活相談員－要介護者等：生活相談員＝100：1
- ・ 看護・介護職員
要支援者：看護・介護職員＝10：1
要介護者：看護・介護職員＝3：1
※ 夜間帯の職員は1人以上
- ・ 機能訓練指導員－1人以上
- ・ 計画作成担当者－介護支援専門員1人以上

【主な設備基準】（基準省令）

- ・ 介護居室：原則個室、プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ、地階に設けない等
- ・ 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ・ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したものと
- ・ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ・ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ・ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

住宅型有料老人ホーム（有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む）

老人福祉法に基づく規制

【許可等】都道府県等への事前届出義務（サ高住の登録を受けている有料老人ホームは届出不要）

【指導監督】都道府県等による改善命令、業務停止命令等

【主な人員基準】標準指導指針（局長通知）

- ・ 入居者の数及び提供するサービスの内容に応じ、管理者、生活相談員、栄養士、調理員を配置すること。
- ・ 介護サービスを提供する場合は、提供するサービスの内容に応じ、要介護者等を直接処遇する職員については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすること等

【主な設備基準】標準指導指針（局長通知）

- ・ 一般居室、介護居室、一時介護室：個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上等
- ・ 浴室、洗面設備、便所について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること
- ・ 介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、幅は原則1.8メートル以上等

【参考】 有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅

高齢者住まい法※に基づく規制

【許可等】都道府県等への登録

【指導監督】都道府県等による是正指示、登録取消（是正指示に従わなかった場合）等

【主な人員基準】（国交省・厚労省施行規則第11条）

次のいずれかの者が、原則、日中常駐し、状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること。

- ・ 社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員等
 - ・ 医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者等
- ※ 常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。

【主な設備基準】（国交省・厚労省施行規則第8～10条）

- ・ 居室：25平方メートル
※ 居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18平方メートル以上。
- ・ 各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであること
※ 共同部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えている場合は、各戸に台所、収納設備、又は浴室を備えずとも可。
- ・ バリアフリー構造であること

※高齢者の居住の安定確保に関する法律



サービス付き高齢者向け住宅の場合
登録時に以下の基準を満たした上で、老人福祉法の規制に服することとなる

高齢者住まい法※に基づく規制

【許可等】都道府県等への登録

【指導監督】都道府県による是正指示、登録取消（是正指示に従わなかった場合）等

【主な人員基準】同右

【主な設備基準】同右

住まい



老人福祉法に基づく規制

【許可等】都道府県等への事前届出義務

【指導監督】都道府県等による改善命令、業務停止命令等

【主な人員基準】同右

【主な設備基準】同右

有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の関係性について

有料老人ホーム

・老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度（届出義務）。
・老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。

- ① 食事の提供 ② 介護（入浴・排泄・食事）の提供
- ③ 洗濯・掃除等の家事の供与 ④ 健康管理

サービス付き高齢者向け住宅

・高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録制度（義務ではない）。

《ハード》床面積は原則25㎡以上、バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）等

《サービス》少なくとも、①状況把握サービス、②生活相談サービスの両方を提供。

住宅型有料老人ホーム
（有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの）

施設数：12,061棟
定員数：369,888名
（サ高住除く）

介護付き有料老人ホーム
（有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けたもの）

施設数：4,464棟
定員数：275,413名
（サ高住除く）

有料老人ホーム

施設数：16,543棟
定員数：645,845名

特定施設入居者生活介護

施設数：5,179棟
定員数：312,285名
・一般形（包括報酬）
・外部サービス利用型（出来高報酬）
【外部サービス利用限度額が上限】

サービス付き高齢者向け住宅

施設数：8,222棟
定員数：283,487名

うち
特定施設入居者生活介護
施設数：817棟
定員数：36,872名

サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するもの（サービス付き高齢者向け住宅のうち、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを実施している場合、「有料老人ホーム」に該当することとなるが、登録を受けている有料老人ホームは届出不要。）

→サービス付き高齢者向け住宅の約**96%**は有料老人ホームにも該当すると推定される（＝青点線部分）

→そのうち、「入浴等の介護サービス」を提供しているサ高住は約**57%**

特定施設入居者生活介護

・介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

※サービス付き高齢者向け住宅の施設数・定員数は、サ付き情報提供システムによる（R5.9.30時点）

※有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ（R5.6.30時点）なお、合計数には健康型有料老人ホームを含む。

一般型 特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、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、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は次のとおり。 ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
※「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者 — 1人<兼務可>
- 看護・介護職員 — ①要支援者：看護・介護職員＝10：1
②要介護者：看護・介護職員＝3：1

※ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人

※要介護者に対して夜間帯の職員は1人以上

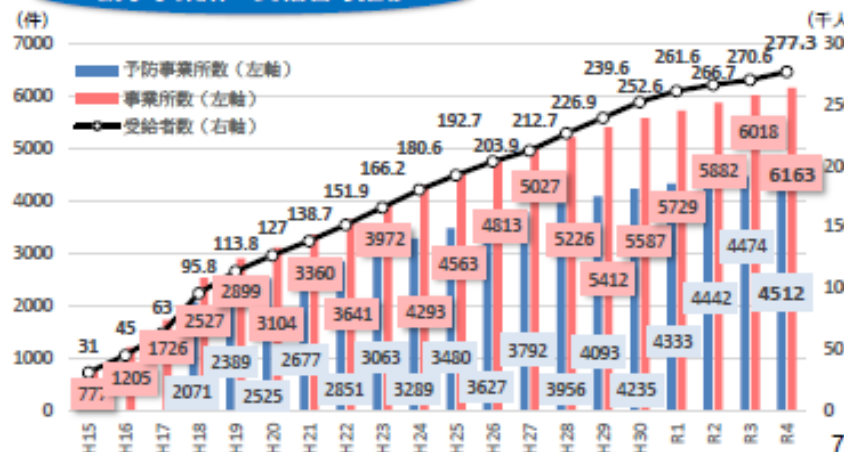
- 生活相談員 — 要介護者等：生活相談員＝100：1
- 機能訓練指導員 — 1人以上<兼務可>
- 計画作成担当者 — 介護支援専門員1人以上<兼務可>

※要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室
・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ
・地階に設けない等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

請求事業所・受給者の推移



自分で（家族が協力できれば家族も）体験するとよい 遠慮しなくてよい：以下注意点

1. できればネットで検索、その後体験（1日入所など）
時々「相手に悪いので断りにくい」という人がいる。
2. 政府資料がかなり充実している スマホなどでメディア情報などを検索すると、現場の声をたくさん知れる、しかし政府（場合によっては自治体も）はあまり宣伝しないが、けっこう有用な情報がある。（例「有料老人ホーム問題」）
3. 立地・建物を見る 自宅から近いかどうか？マンション・タイプもあるしかし意外に便利なこととで空いているところもある
4. 当然『お世話する』人との関係が最重要
5. 人によっては過度に医療にこだわる人がいる、看護職者、介護職者の専門性と人柄が大事

介護老人福祉施設（特養）の都市部におけるこれまでの整備の促進について

規制緩和

1. 社会福祉法人の資産所有要件

- 社福法人が特養を経営する場合、利用者の権利・生命・安全に関わる施設の性格から事業の持続性・財務の健全性・財産的基礎が必要であり、建物は自己所有又は国若しくは地方公共団体から貸与若しくは使用許可を受けていることが原則。
- ただし、都市部等土地の取得が極めて困難な地域においては、土地については民間からの貸与が可能。
(※平成12年8月～都市部等地域以外の地域にも拡大)

2. サテライト型地域密着型特養の建物所有要件の緩和(平成17年1月～)

- 特養の施設機能を利用者の住み慣れた地域に小規模な単位で展開していくという観点から、サテライト型地域密着型特養の整備を進めるため、以下の要件を満たす社福法人は、建物について民間からの貸与を可能とした。
 - ・貸与建物の定員合計が、社会福祉法人が経営する入所施設の定員合計の半分以上
 - ・事業存続に必要な期間の賃借権を設定・登記
 - ・賃借料が適正水準以下
 - ・安定的に賃借料を支払い得る財源の確保
 - ・賃借料・財源が収支予算書に適正に計上

3. ユニット型施設の居室面積基準の引下げ(平成22年9月30日～)

- 都市部の用地確保が困難であるとの指摘を受け、ユニット型施設の居室面積基準を引下げ、個室ユニット型施設の整備を促進。

改正前	改正後
1人当たり13.2㎡以上を標準	1人当たり10.65㎡以上

4. 特養(2. のサテライト型地域密着型特養を除く)の建物所有要件の緩和(平成28年7月27日～)

- 「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」(2015年11月26日一億総活躍国民会議とりまとめ)において「用地確保が困難な都市部等において、(中略)施設に係る規制を緩和することにより介護施設等の整備を促進する」とされたことから、以下の要件を満たす社福法人は、特養の建物について民間からの貸与を可能とした。
 - ・都市部地域(人口集中地区で今後人口増加が見込まれるなど、市区町村が認める地域。)に設置される特養であること
 - ・入所施設を営んでいる既設の法人であって、民間から建物の貸与を受けて設置される特養と同一又は隣接都道府県において、既に特養を営営
 - ・貸与建物の定員合計が、社会福祉法人が経営する入所施設の定員合計の半分以上
 - ・事業の存続に必要な期間の賃借権の設定・登記(建物の賃借期間は30年以上)
 - ・経営状況が安定
 - ・賃借料が適正水準以下
 - ・安定的に賃借料を支払い得る財源1000万円以上の確保
 - ・賃借料・財源が収支予算書に適正に計上され、賃借料を長期間にわたって安定的に支払可能

補助金

5. 地域医療介護総合確保基金によるオーナー型の施設整備費への補助(平成31年4月～)《地密特養の補助単価:439万円/床》

- 介護施設等の整備への補助について、平成30年度までは、介護施設等を運営する社会福祉法人等が施設を整備する場合を補助対象としていたが、平成31年4月からは、土地の取得が困難な地域での施設整備を支援するため、土地所有者(オーナー)が施設運営法人に有償で貸し付ける目的で整備する場合も補助対象としている。

17

社会保障審議会
介護保険部会(第81回)

令和元年9月13日

参考資料2

都市部における整備の促進⑤（介護サービスと住まい）

- 大規模な用地が確保できない中でも、特養や小規模多機能型居宅介護や住宅型有料老人ホームなどを組み合わせて、介護と住まいのニーズを受け止め、地域で暮らし続けることを支えている例も存在。
- また、団地の中で住戸を小規模多機能型居宅介護を転用し、可能な限り団地で生活してもらう取組もある。

例3 地域密着型サービスと有料老人ホームを組み合わせている例（京都府京都市 | 地域密着型総合ケアセンター おんまえどおり）



所在地	京都府京都市上京区
施設サービス 類型等	・地域密着型特別養護老人ホーム(22室) ・小規模多機能型居宅介護(29名) ・住宅型有料老人ホーム(11室) ・地域交流サロン・研修施設 →約180坪のコンパクトな用地の中に小規模多機能と地域交流サロンなどを併設し、「地域拠点型特養」として存在。

例4 団地の中に小規模多機能型を誘致した例（神奈川県藤沢市 | パークサイド駒寄）



所在地	神奈川県藤沢市
サービス概要	・U R賃貸住戸の6階住戸（約93㎡）に「小規模多機能型居宅介護」を誘致。 ・①施設への「通い」 ②自宅への「訪問」 ③短期間の「宿泊」を組み合わせ家庭環境と地域住民との交流の下で日常生活の支援や生活リハビリを実施

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）と呼ばれる。

≪ 施設数： 10,326施設 サービス受給者数：61.0万人（平成30年10月審査分） ≫ ※介護給付費等実態調査



≪設置主体≫

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫

- 医師：必要数
- 介護・看護職員：3:1 等

≪設備基準≫

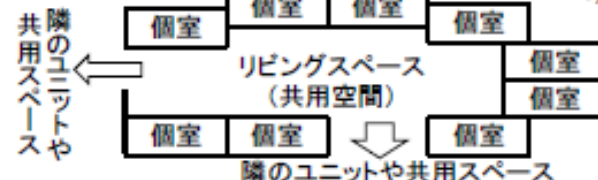
- 居室定員：原則1人（参酌すべき基準）
- 居室面積：1人当たり10.65㎡ 等

ユニット型個室

○ ユニット型個室の介護報酬：910単位（要介護5）

○ 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.7人（平成29年）*

*介護事業経営実態調査



多床室

○ 多床室（既設）の介護報酬：829単位（要介護5）

○ 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.1人（平成29年）*



	6 期末	7 期以降	
	実績値 (2018年3月実績)	計画値 (2020年度)	計画値 (2025年度)
全国計	588,534	652,848	734,984
三大都市圏	258,766	294,797	344,138
三大都市圏以外	329,768	358,051	390,846

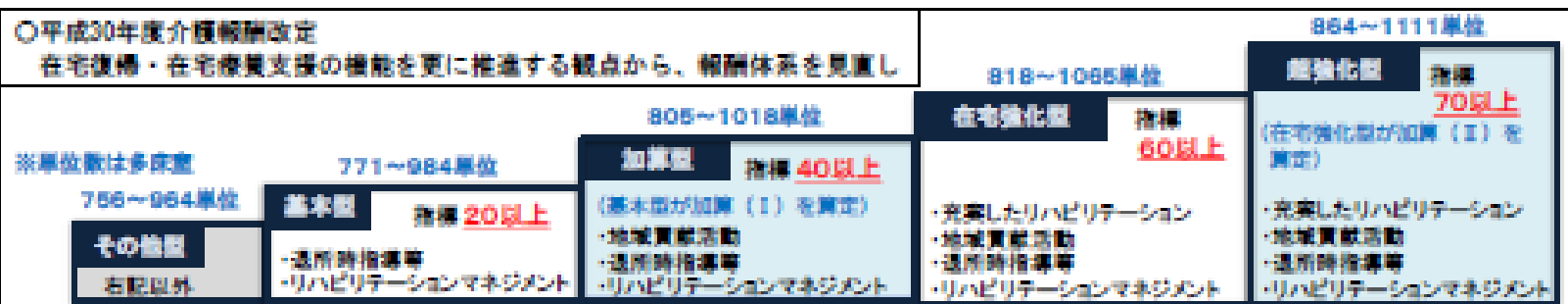
※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

介護老人保健施設について

- 介護老人保健施設は、地域包括ケア強化法により、在宅復帰、在宅療養支援のための施設であることを明確化。
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となるとともに、リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設。

【定義】 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、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を行うことを目的とする施設。



＜施設数：4,285施設 サービス受給者数：36.3万人＞

※介護給付費等実施統計（平成28年4月調査分）

	6 期末	7 期以降	
	実績値 (2018年3月実績)	計画値 (2020年度)	計画値 (2025年度)
全国計	359,731	377,860	413,797
三大都市圏	145,698	155,157	173,174
三大都市圏以外	214,033	222,703	240,623

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、奈良

要介護度別の入所者の割合（平均要介護度3.2）



※介護保険事業費収支報告書（令和2年5月分）

施設類型（平成30年10月時点）



※平成30年度老人保健施設推進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業」

高齢者向け住まいについて②（各サービス関係図）

有料老人ホーム

- ・老人を入居させるもの
- ・食事の提供等のサービスを提供するもの

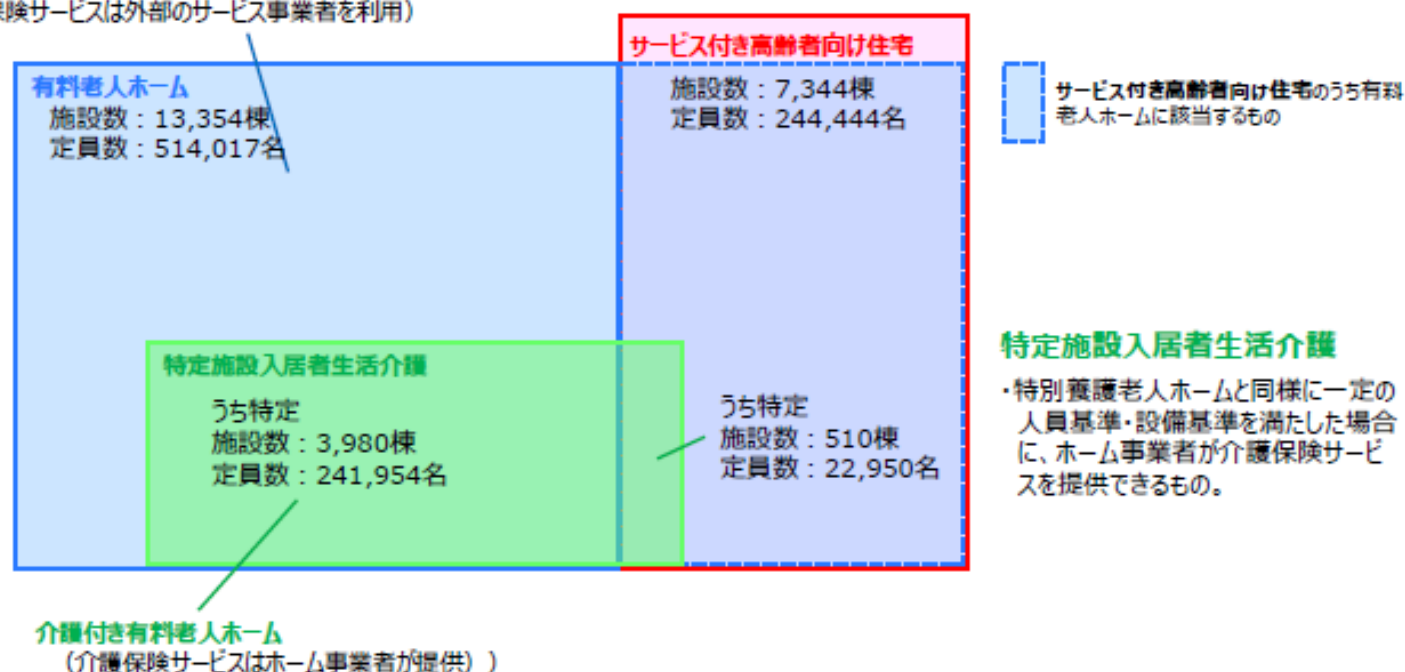
サービス付き高齢者向け住宅

- ・入居者は原則60歳以上の者
- ・食事の提供のサービスを提供するものは約97%※
⇒大部分が有料老人ホームに該当する

※平成28年度老健事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」（株式会社野村総合研究所）

住宅型有料老人ホーム

（介護保険サービスは外部のサービス事業者を利用）



（サービス付き高齢者向け住宅の施設数・定員数は、サ付き情報提供システムによる（H31.4時点））

（有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ（H30.6.30時点））

高齢者向け住まいについて③（サービス別の整備量）

- 平成27年～29年の特別養護老人ホームの整備量は、都市部の方がそれ以外地域よりも多く、引き続き整備が必要。
- 介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）の、平成27年～29年の整備量や総定員数は、都市部において多い。

■直近3年間の整備量

	特別養護老人ホーム	介護付き有料	住宅型有料	サ付住宅	計
全国計	43,965	20,402	79,676	66,528	166,606
首都圏	14,238	13,623	12,266	16,002	41,891
中部圏	3,654	254	8,765	5,010	14,029
近畿圏	5,945	2,309	9,769	14,664	26,742
三大都市圏	23,837	16,186	30,800	35,676	82,662
三大都市圏以外	20,128	4,216	48,876	30,852	83,944

※・特別養護老人ホームの計画値は第6期介護保険事業支援計画における平成29年度の計画値から平成27年3月現在の実績値を減じたもの、実績値は平成29年10月現在の実績値から平成27年3月現在の実績値を減じたもの
 ・介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の値は、平成26年6月現在の定員数から平成29年6月現在定員数（ともに厚生労働省調べ）を減じたもの
 ・倍率は、平成26年6月現在の定員数に対する平成29年6月現在の定員数の比率
 ・首都圏は、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、中部圏は愛知県、岐阜県、三重県の合計、近畿圏は滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県の合計

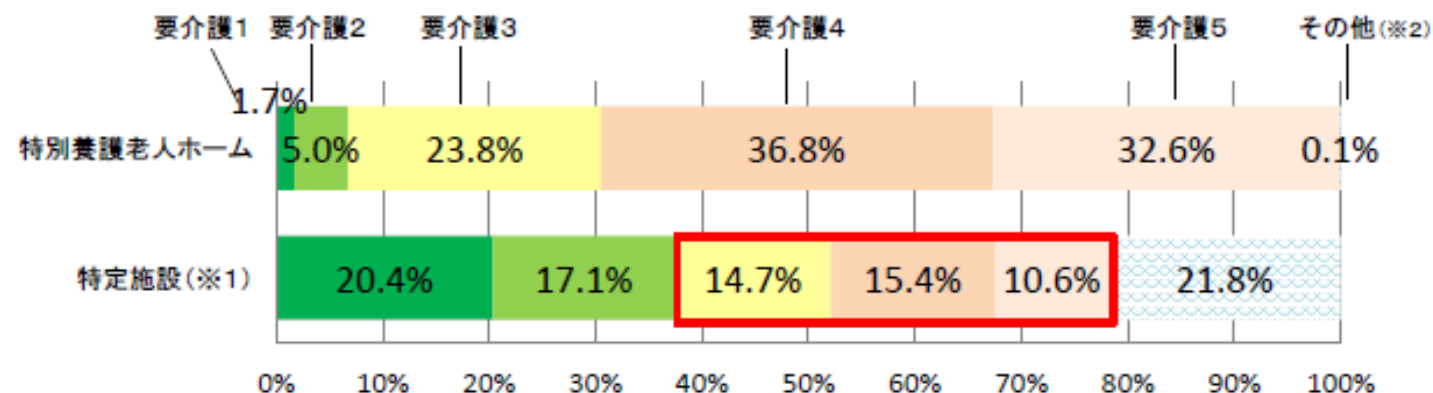
■各サービスの総定員数

	特別養護老人ホーム	介護付き有料	住宅型有料	サ付住宅	計
全国計	586,219	236,391	250,840	218,195	705,426
首都圏	135,082	112,604	35,578	45,445	193,627
中部圏	45,987	12,872	23,199	16,497	52,568
近畿圏	76,716	33,500	29,618	41,178	104,296
三大都市圏	257,785	158,976	88,395	103,120	350,491
三大都市圏以外	328,434	77,415	162,445	115,075	354,935

※・特別養護老人ホームの値は平成29年10月現在の実績値
 ・介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホームは厚生労働省調べ（平成29年6月）
 ・サービス付き高齢者向け住宅はサービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（平成29年6月）
 ・首都圏は、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、中部圏は愛知県、岐阜県、三重県の合計、近畿圏は滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県の合計

特定施設入居者生活介護について①（要介護度）

○ 特定施設においても、要介護3以上が約半数を占めており、重度化が進んでいる。



【出典】

・特別養護老人ホーム：介護サービス施設・事業所調査（平成30年10月審査分）

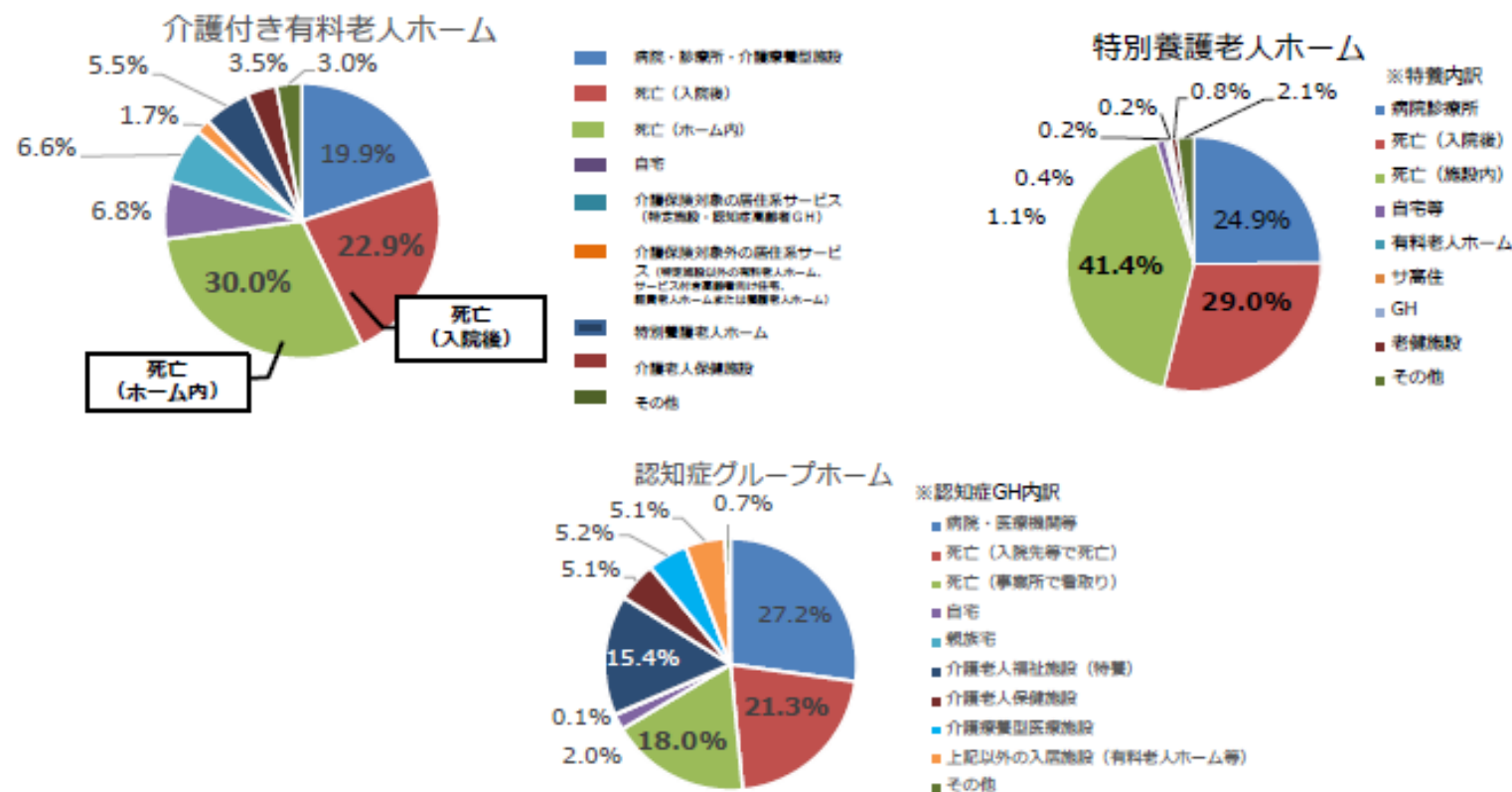
・特定施設：平成30年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」

（※1）特定施設：有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅のうち、特定施設入居者生活介護の指定を取っているもの

（※2）その他：自立・認定なし、要支援1、要支援2

特定施設入居者生活介護について②（退去人数割合）

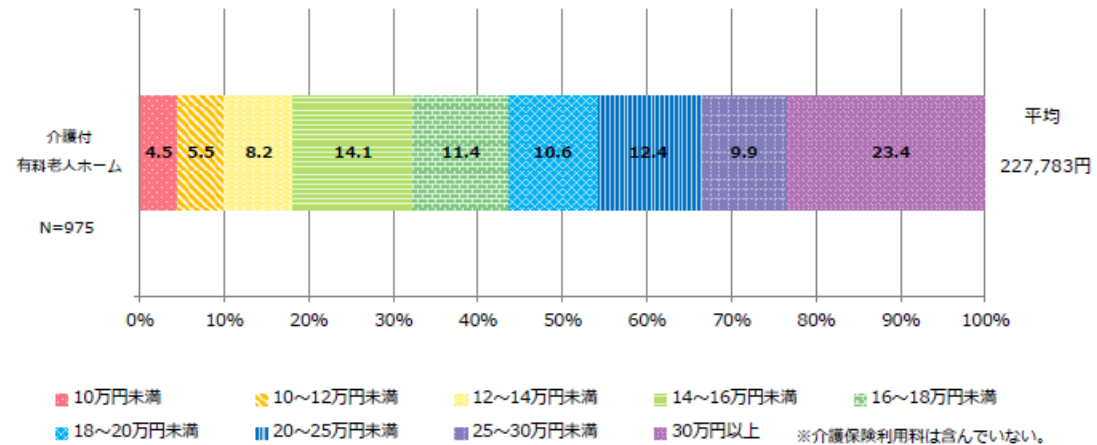
- 介護付き有料老人ホームでは、ホーム内において死亡された方の割合は30.0%。
- 特養では、ホーム内において死亡された方の割合は41.4%。
- 認知症グループホームでは、ホーム内において死亡された方の割合は18.0%。



〔出典〕有料老人ホーム：平成30年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健事業推進費等）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
 特養：平成27年度介護保険改正の施策検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業
 認知症GH：平成27年度改正検証（平成29年度調査）（3）認知症対応型グループホームにおける医療的ケア等に関する調査研究事業

特定施設入居者生活介護について③（利用月額）

○ 介護付き有料老人ホームの平均の月額費用は、約22.8万円であるが、利用料別に見ると、比較的使用額の低い施設から高級タイプまで幅広い。



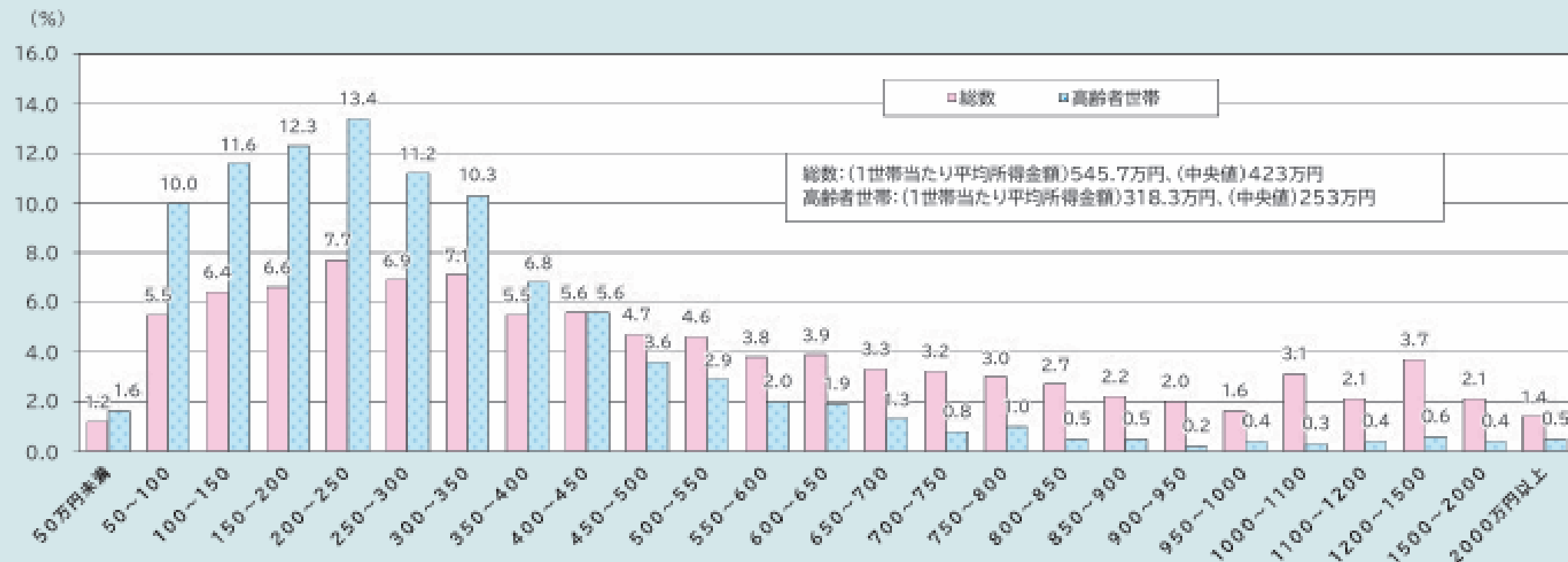
※「不明」は除く。
 (出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

以下は参考資料です

- 時間があれば説明します

図 1-2-1-12

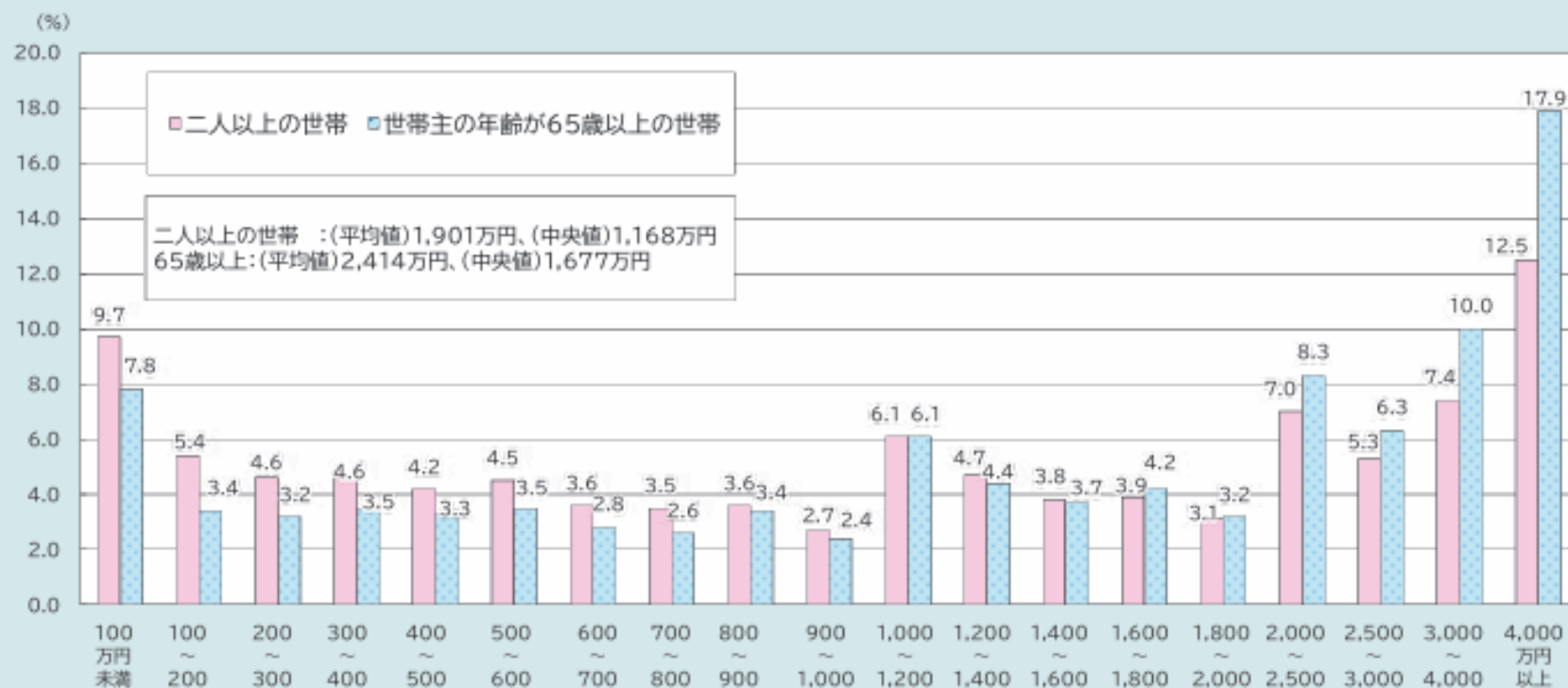
高齢者世帯の所得階層別分布



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和4年)

(注1) 高齢者世帯とは、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

(注2) 中央値とは、所得を低いものから高いものへと順に並べて二等分する境界値をいう。



資料：総務省「家計調査（二人以上の世帯）」（令和4年）

（注1）単身世帯は対象外

（注2）ゆうちょ銀行、郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構、銀行及びその他の金融機関（普通銀行等）への預貯金、生命保険及び積立型損害保険の掛金（加入してからの掛金の払込総額）並びに株式、債券、投資信託、金銭信託などの有価証券（株式及び投資信託については調査時点の時価、債券及び貸付信託・金銭信託については額面）といった金融機関への貯蓄と、社内預金、勤め先の共済組合などの金融機関外への貯蓄の合計

（注3）中央値とは、貯蓄現在高が「0」の世帯を除いた世帯を貯蓄現在高の低い方から順番に並べたときに、ちょうど中央に位置する世帯の貯蓄現在高をいう。

図 1-2-2-9

同居している主な介護者の介護時間（要介護者の要介護度別）



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

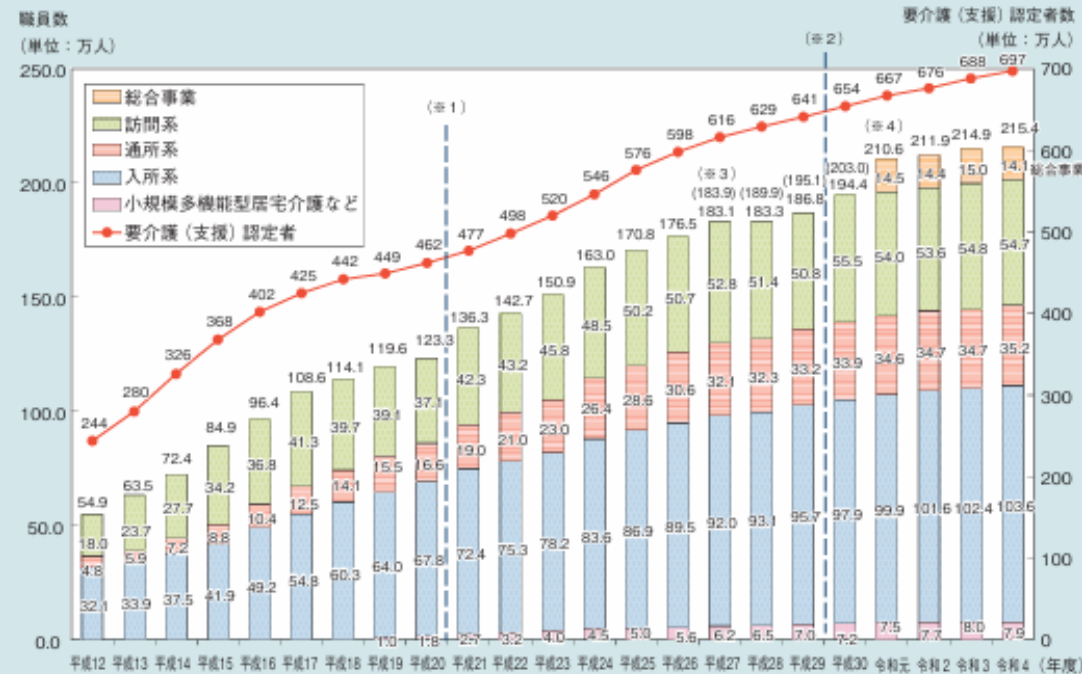
(注1)「総数」には要介護度不詳を含む。

(注2)平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。

(注3)四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

図 1-2-2-12 介護職員数の推移

○ 本表における介護職員数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する職員数。



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（介護職員数）、「介護保険事業状況報告」（要介護（要支援）認定者数）

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

（注2）調査方法の変更に伴い、推計値の算出方法に以下のとおり変動が生じている。

平成12～20年度	「介護サービス施設・事業所調査」（介サ調査）は全数調査を実施しており、各年度は当該調査による数値を記載。
平成21～29年度	介サ調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となったことから、社会・援護局において全数を推計し、各年度は当該数値を記載。（※1）
平成30年度～	介サ調査は、回収率に基づき全数を推計する方式に変更。（※2）

（注3）介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の取扱い

平成27～30年度	総合事業（従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービス）に従事する介護職員は、介サ調査の対象ではなかったため、社会・援護局で推計し、これらを加えた数値を各年度の（ ）内に示している。（※3）
令和元年度～	総合事業も介サ調査の調査対象となったため、総合事業に従事する介護職員（従前の介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスを本体と一体的に実施している事業所に限る）が含まれている。（※4）

（注4）四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

高齢社会白書（令和6年版）には先進事例が紹介されている

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html

1. 福岡県大牟田市 福祉施策と住宅施策のコラボ
2. 奈良県生駒市 空き家対策
3. 愛知県春日井市 児童運転ラストマイル送迎サービス
4. 神奈川県横須賀市 2つの終活支援

介護と仕事のすきま 民間がうめる

働きながら介護する「ビジネスケアラー」が増えるなか、仕事と介護の両立にむけて民間サービスを活用する動きが広がっています。介護保険の対象外ですが、使い勝手が良く、介護者の負担軽減に役立っています。国も後押しする一方、事業者らの信頼性確保などの課題も浮上しています。

5年前の9月、介護事業を展開するツキイ（横浜市内）で執行役員を務める原優美さん(58)は退職届を出すことを決めた。「仕事はもともと以上続けられない」。理由は親の介護だった。介護が始まったのはその2カ月前。母が倒れて2週間入院。父も軽度の認知症があり、生活のサポートが必要になった。仕事が忙しく、両親が弱ってきているのは分かってはいたが、心の準備ができていまま介護が突然始まった。「ツキイへの」入社以来、介護に携わっていた人間がいざ当事者になると想像できていなかったことは明らかだった」と原さんは振り返る。

きょうだいはいおらず両親の近くに住んでいた原さんは、実家でのテレワークに切り替えた。だが、仕事しながら親の食事や洗濯など身の回りの家事や、仕事に全く集中できず、ストレスなどから体重は10キロやせた。当時は人材戦略を担う幹部だったが、自身の更年期障害の症状も重なり、判断がうまくできないことも退職への思いに拍車をかけた。

退職は上司の説得や同僚からのサポートで思いとどまった。だが、21年ごろからは父の認知症の症状が悪化。仕事で外出していても、急用でない要件で母親から電話がかかるとに仕事が終わる。「仕事を続けられない」との気持ちと、やめたらキャリアが止まることを避けた。葛藤がずっとあった」と原さん。この状況を変えるきっかけ

美容院付き添い・電話代行…「保険外」がニーズを補完



付添いの介護を受ける高齢者(左) ツキイ提供

が、介護保険外のサービスだった。90代の父は要介護2、80代の母は要支援2。22年から両親の週1回の訪問介護や訪問リハビリの介護保険サービスに加えて、保険外も使い始めた。これまで第三者を自宅に入れることに抵抗があったが、このままでは続けられない」との気持ちで背中を押した。

保険外は、これまで仕事を休んで対応していた通院や美容院、買い物などの付き添いなど月に8〜4回スポットで利用し、3〜5万円ほどだ。仕事上の母からの電話を代行して対応してくれるサービスも活用している。

介護が始まり、断っていた出張もできるようになった。仕事で外せない会議やセミナーがある

認証制度を創設 質の担保に課題も

働きながら介護する人はさらに増えることが見込まれている。国の推計では、家族を介護する人は20年の67.8万人から30年には83.3万人に増え、そのうち約4割がビジネスケアラーだ。仕事との両立が困難になれば、従業員の業務効率の低下や介護離職につながり、経済損失は30年に約9.2兆円と見積もられている。

介護保険外サービスの活用は、仕事と介護を両立させる対策の一つとして注目されている。そもそも介護保険の対象となるのは、入浴や排泄介助、褥瘡や洗濯など、介護認定を受けた利用者の最低限の生活支援のサービスに限られる。

趣味や娯楽の外出支援や、同居家族のための家事支援などは対象外で、介護保険では事前にケアプランを作成するため、急なニーズへの対応も難しい。

ただ、保険外は介護保険に比べ、高齢者や家族に情報が十分に行き届いていないことや、事業者の信頼性確保が十分との課題がある。

介護保険は自治体が事業者の情報を公表するが、保険外は事業者が自由に価格設定でき、全額自己負担であることに加え、事業者の情報を得にくいという状況がある。

こうしたことから経済産業省の支援のもと、介護の関連企業10社でつくる業界団体「介護関連サービス事業者協会」は民間サービスの認証制度を創設した。介護保険の補完的役割として、安心して保険外を選択できる環境づくりをめざす。利用料の明示やサービス内容の定期的な点検などの条件を満たした事業者を今夏にも認証して公表する。

このほか、経産省は保険外の民間サービスの振興策を検討する有識者会議を立ち上げ、5月に議論をとりまとめた報告書を公表する予定だ。

介護問題に詳しい淑徳大の結城康博教授(社会福祉学)は「保険外サービスは公的保険の補完として使うのが望ましいが、サービスの質の担保などに課題もある。ケアマネージャーに相談しながら自費部分の利用を検討する必要がある」と話した。



場合も、その時間だけスポットで身の回りのサポートも依頼する。国内外の出張の際には、その期間は担当者にLINEで状況を共有してもらっている。

原さんは「親は大事だが、自分の人生や時間も大切にしたい。保険と保険外をうまく組み合わせれば、介護離職しなくてもすむことを実感した」と語った。