

新たな地域医療構想等に関する検討会

ヒアリング資料

2024.5.27



一般社団法人 日本在宅介護協会

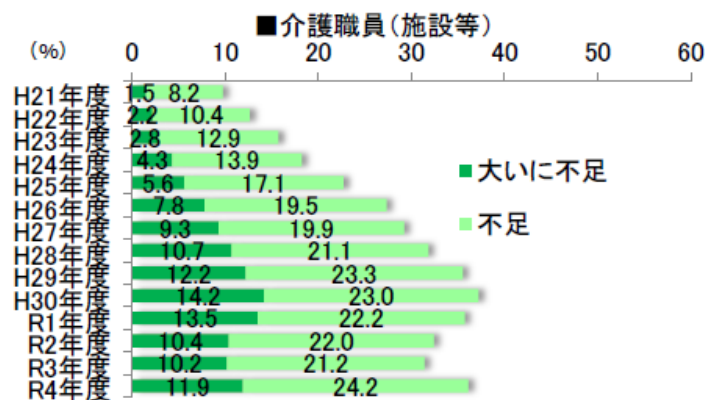
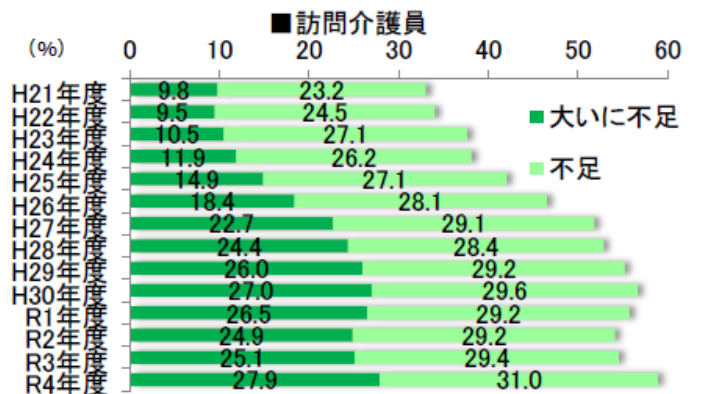
常任理事 小林由憲

01 在宅介護の既存課題

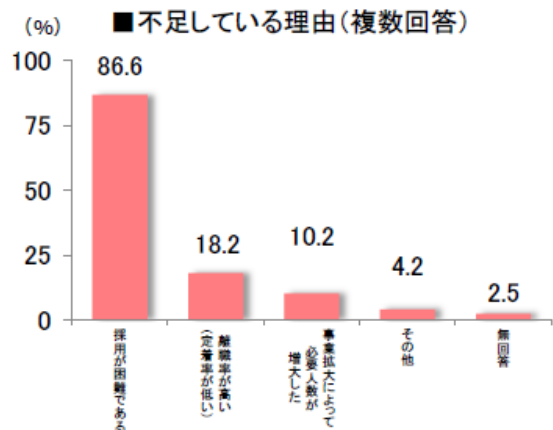
01 在宅介護の既存課題_①危機的な人材不足

介護サービス事業所における従業員の不足状況①

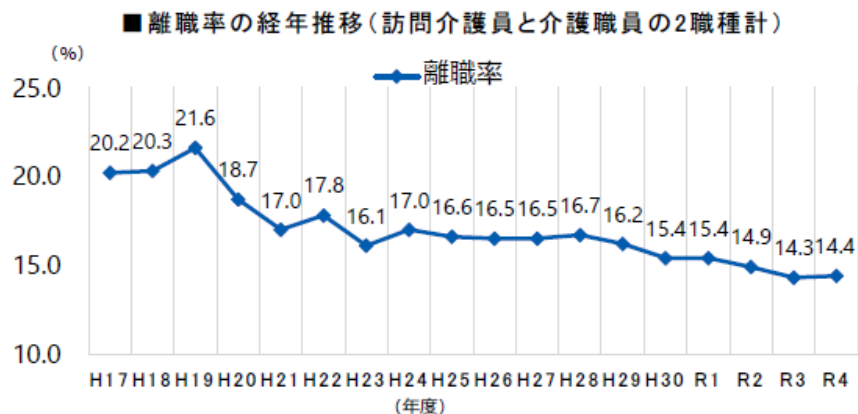
- 介護サービス事業所における人手不足感は、訪問介護員、介護職員(施設等)とも、令和4年度で上昇している。
- 離職率は改善傾向にあるが、約9割の事業所が「採用が困難である」ことを不足している理由として挙げている。



注) 介護職員(施設等): 訪問介護以外の指定事業所で働く者。
 訪問介護員: 訪問介護事業所で働く者。
 【出典】平成21～令和4年度介護労働実態調査 ((公財)介護労働安定センター)



注) 訪問介護員・介護職員を含む従業員全体で見た場合に、「大いに不足」、「不足」、「やや不足」を選択した施設・事業所が回答。
 【出典】令和2年度介護労働実態調査 ((公財)介護労働安定センター)



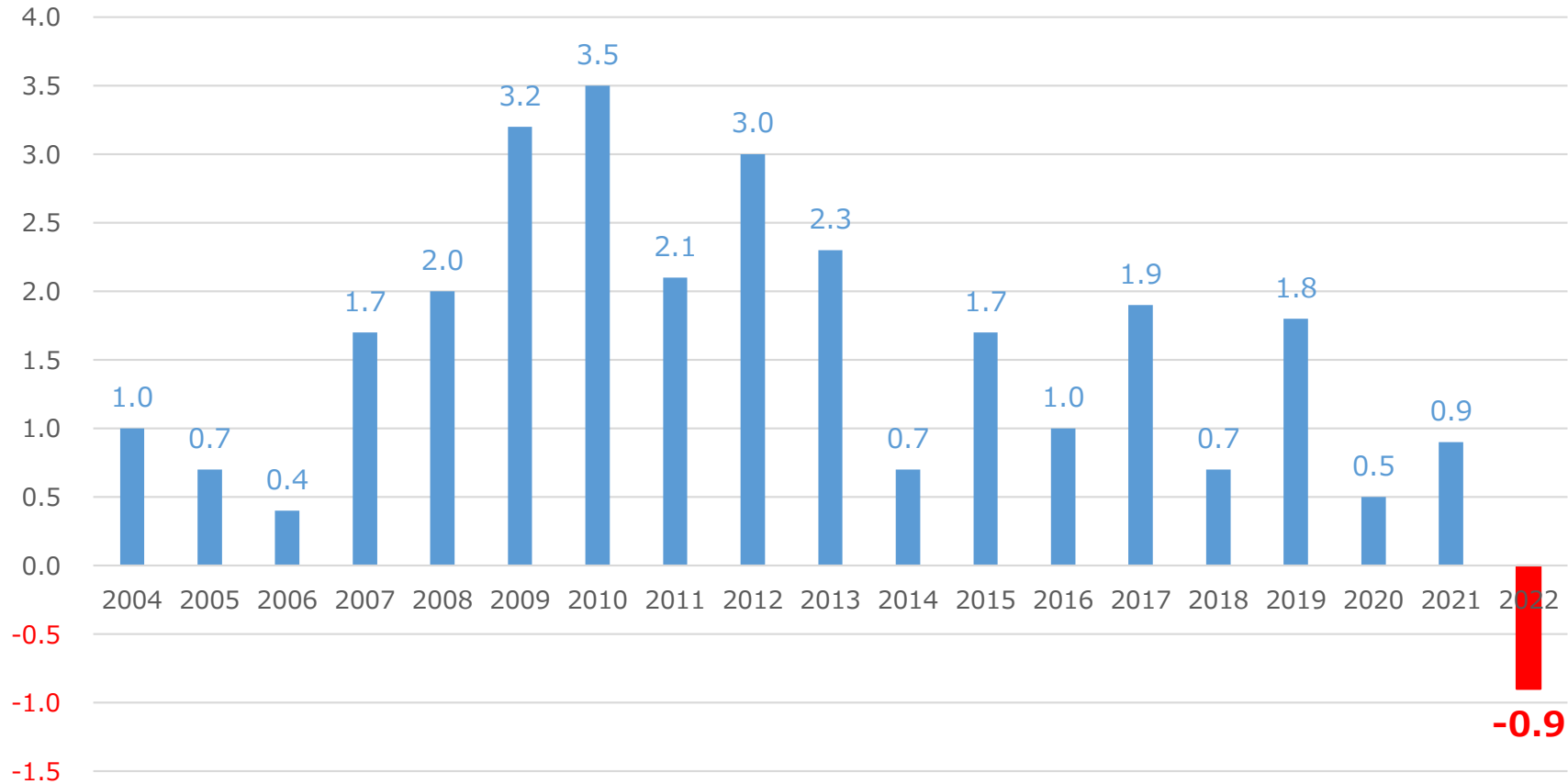
【出典】令和4年度介護労働実態調査 ((公財)介護労働安定センター)

介護職員が圧倒的に不足

9割近くの事業所が「採用困難」

01 在宅介護の既存課題_①危機的な人材不足

医療・福祉における入職超過率（入職率－離職率）

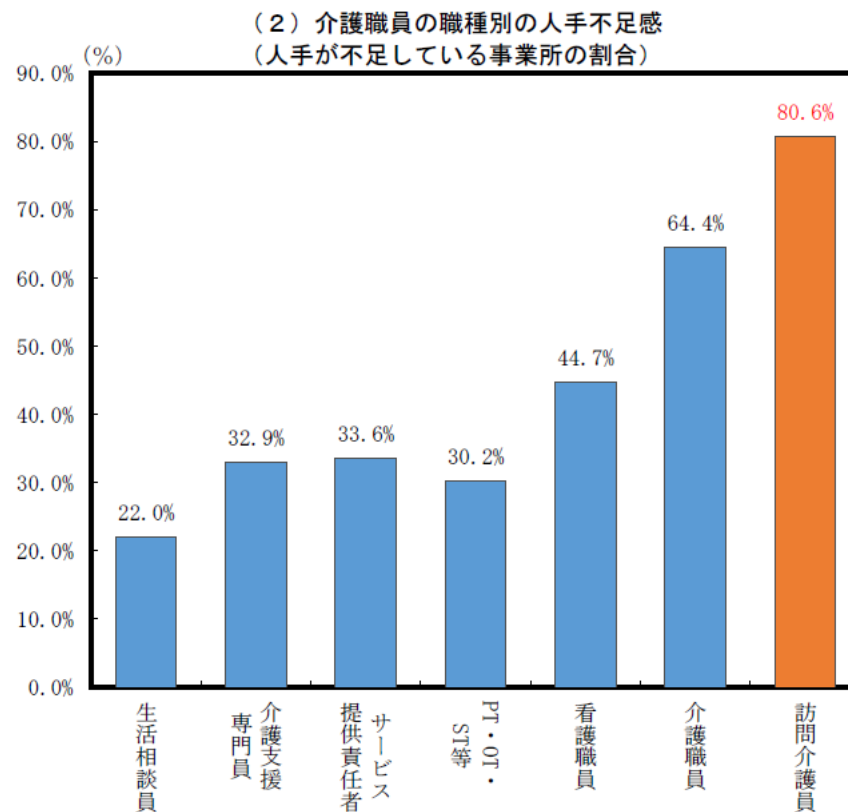
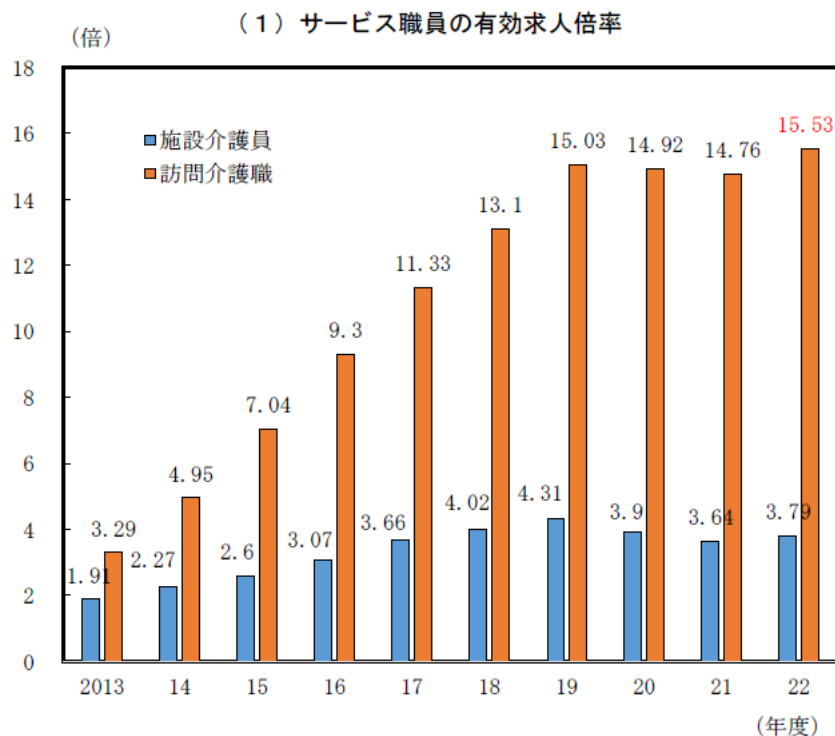


統計開始以来、
はじめてマイナス
(離職超過)

01 在宅介護の既存課題_①危機的な人材不足

訪問介護員の人手不足の現状

- 介護サービス職員の有効求人倍率をみると、施設介護職員と比較して、訪問介護員の有効求人倍率が高くなっており、2022年度時点で15.53倍となっている。
- 職種別の介護労働者の人手不足感をみると、約8割の事業所が、訪問介護員の不足を感じている。



中でも訪問介護員
の不足は深刻

資料出所：

(1) 厚生労働省「職業安定業務統計」をもとに厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成。

(注1) パートタイムを含む常用の値。

(注2) 平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく、以下の職業分類区分の合計。施設介護員：「361 施設介護員」、訪問介護員：「362 訪問介護員」。

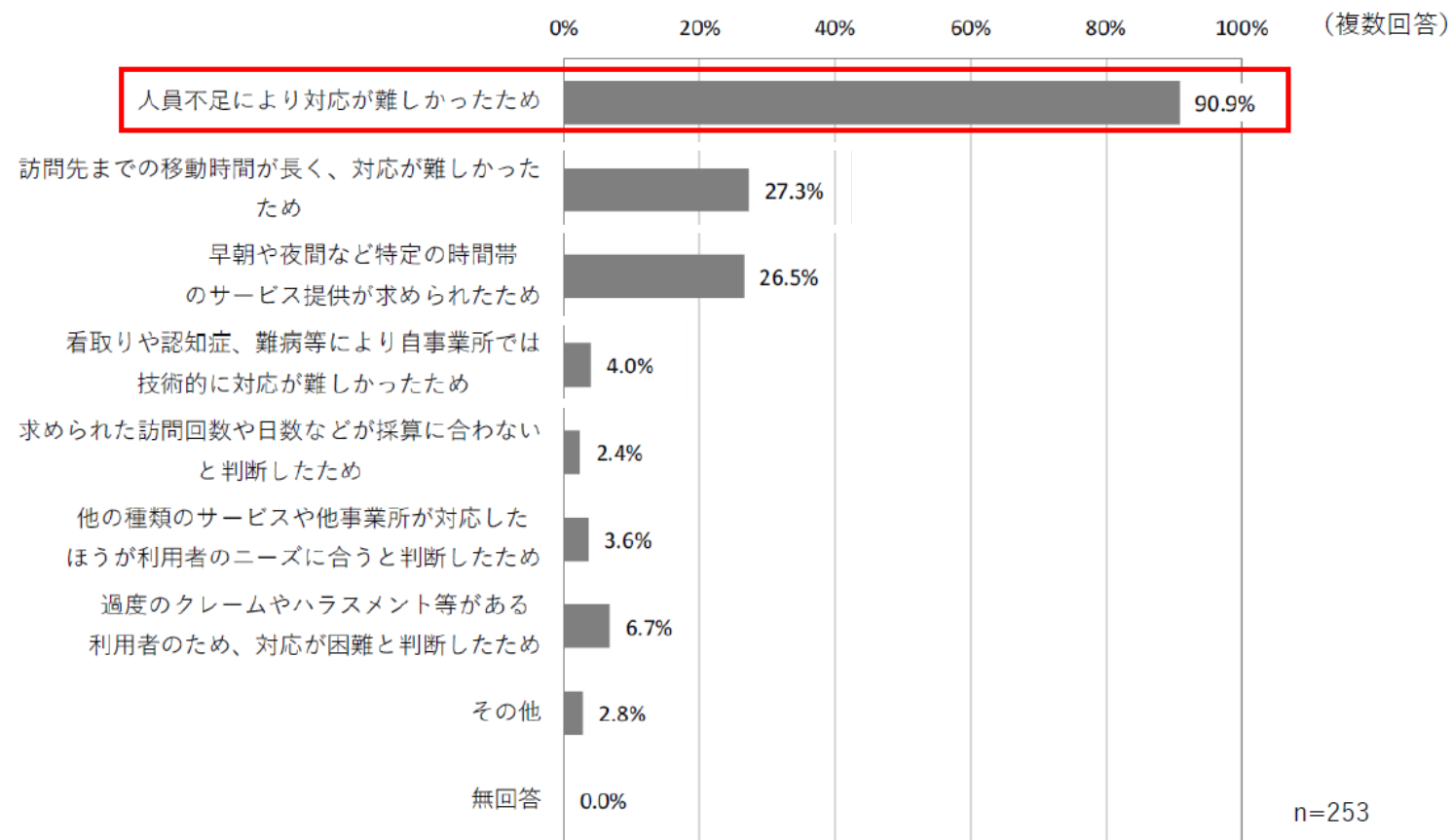
(注3) 有効求人倍率を算出するための求職者の数値について、集計上、一部の小分類において実態より値が小さくなることもあり、留意が必要。

(2) (公財)介護労働安定センター「令和3年度 介護労働実態調査」からデータを抜粋して作成。

01 在宅介護の既存課題_①危機的な人材不足

訪問介護 ケアマネジャーから紹介のあった方へのサービス提供を断った理由

- ケアマネジャーから紹介のあった方へのサービス提供を断った理由をみると、「人員不足により対応が難しかったため」が90.9%と最も多く、次いで、「訪問先までの移動時間が長く、対応が難しかったため」(27.3%)となっていた。
- また、「看取りや認知症、難病等により自事業所では技術的に対応が難しかったため」は4.0%だった。

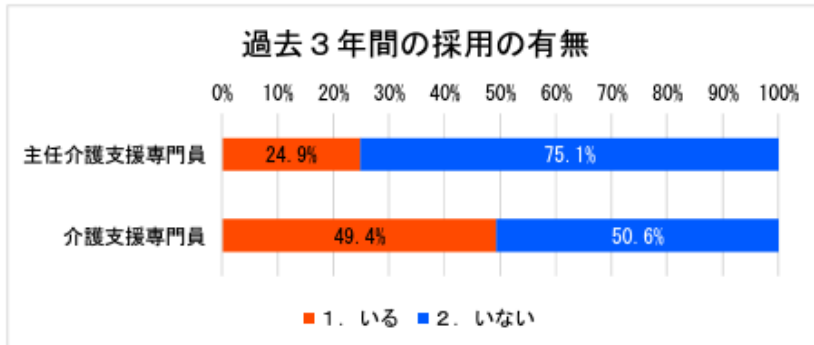


既に訪問介護
サービスの提供に
支障が出ている

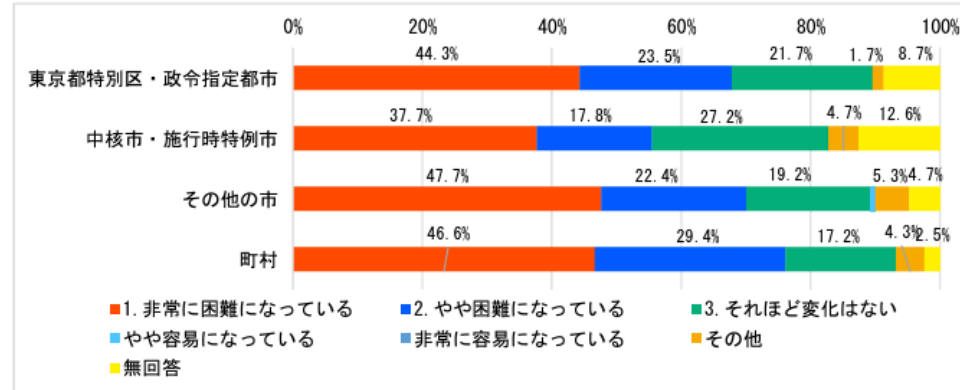
01 在宅介護の既存課題_①危機的な人材不足

介護支援専門員の採用の困難度

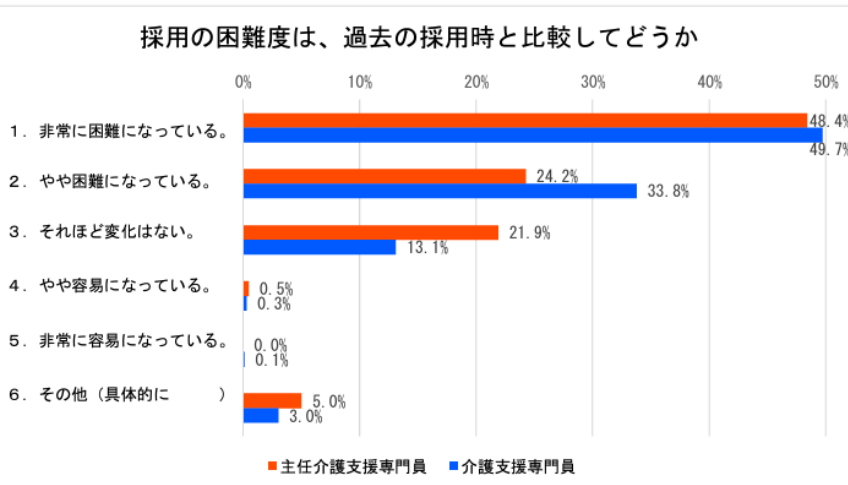
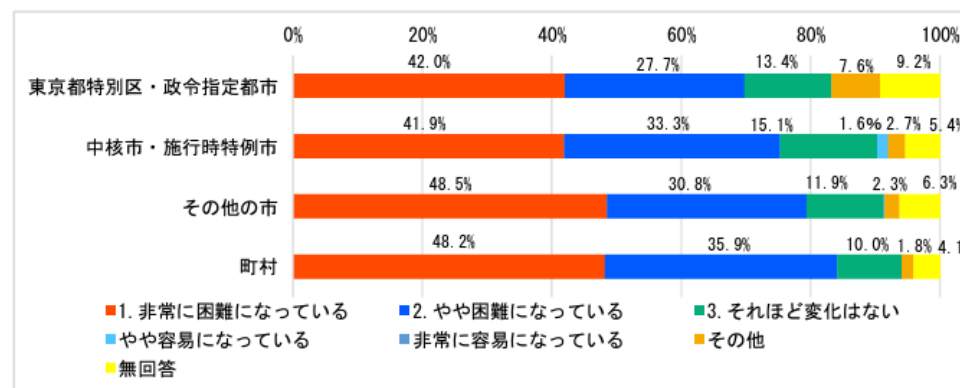
n=1,130人



主任介護支援専門員



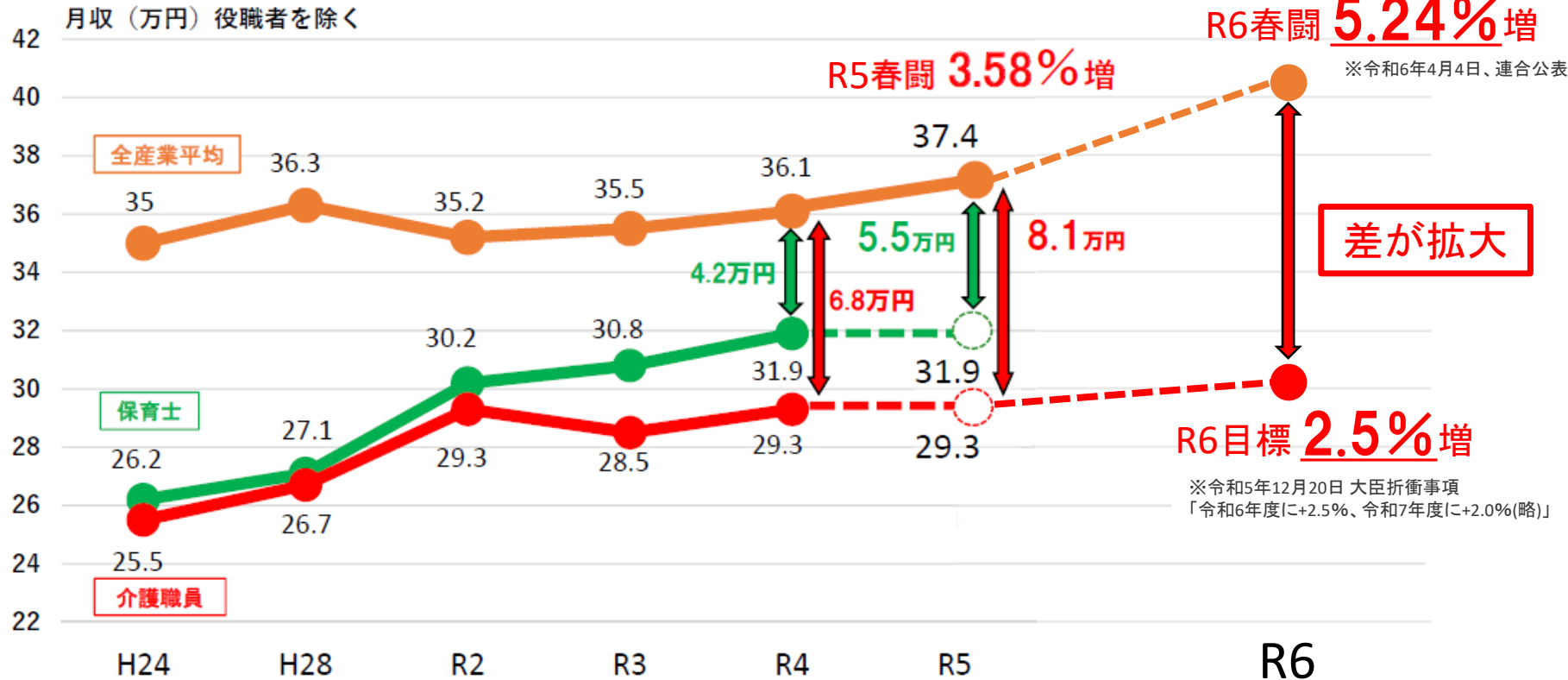
介護支援専門員



介護支援専門員
・主任介護支援
専門員も、新規
採用が極めて困
難になっている

01 在宅介護の既存課題_②埋まらない処遇改善格差

職種別平均賃金（試算）



累次の施策により
介護職の処遇は
改善しているが、
他産業はそれを
上回る賃上げ

令和6年で更に
格差が拡大する
懸念

出典：全世代型社会保障構築会議（第1回）・公的価格評価検討委員会（第1回）合同会議（令和3年11月9日開催）資料、
介護給付費分科会等の直近データ（令和3,4年）を反映。令和5年は令和4年をもとに試算。
福祉医療機構「2022年度保育所・認定こども園の人材確保および処遇改善に関する調査結果」（令和5年3月）等

01 在宅介護の既存課題_③進まないICT化

介護ロボットの導入（複数回答）（介護保険サービス系型別）

	回答事業所数	見守り・コミュニケーション（施設型）	介護業務支援	入浴支援	移乗介助（装着型）	移乗介助（非装着型）	見守り・コミュニケーション（生活支援）	移動支援（屋内型）	排泄支援（動作支援）	見守り・コミュニケーション（在宅型）	移動支援（屋外型）	排泄支援（トイレ誘導）	移動支援（装着型）	排泄支援（排泄物処理）	その他	いずれも導入していない	無回答
全体	8,632	4.4	2.3	1.8	1.3	1.1	0.8	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.8	78.3	11.8
訪問系	2,528	0.5	0.5	0.5	0.8	0.3	0.2	0.0	0.1	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	83.9	12.9
施設系（入所型）	1,291	20.6	8.5	7.1	4.2	5.2	3.2	1.7	0.7	-	0.5	0.5	0.3	0.2	2.2	57.1	7.1
施設系（通所型）	2,667	1.1	1.2	1.2	0.9	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5	83.8	10.8
居住系	984	5.8	3.3	1.8	1.3	1.1	1.0	0.5	0.4	0.6	0.2	0.3	0.2	0.2	1.5	75.4	11.4
居宅介護支援	766	-	0.5	-	-	0.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	85.5	13.6

テクノロジー機器を何も導入していない事業所は全体で約8割

特に訪問系・通所系・居宅介護支援の導入率が低い

01 在宅介護の既存課題_③進まないICT化

介護福祉機器の導入や利用についての課題・問題（複数回答）（介護保険サービス系型別）

	回答事業所数	導入コストが高い	設置や保管等に場所をとられてしまう	清掃や消耗品管理などの維持管理が大変である	投資から見合うだけの効果がない（事業規模から考えて必要ない）	技術的に使いこなせるか心配である	どのような介護ロボットやICT機器・介護ソフトがあるかわからない	誤作動の不安がある	介護現場の実態に合う現場の役に立つものがない	介護現場の導入に違和感を覚える	ケアに介護ロボットを活用することに	その他	課題・問題は特にない	無回答
全体	8,632	47.1	24.5	22.5	22.4	20.2	17.3	14.9	9.0	5.5	1.3	9.4	24.8	
訪問系	2,528	38.8	21.6	19.6	23.7	18.5	16.9	15.5	10.9	4.7	1.5	11.7	27.9	
施設系(入所型)	1,291	64.8	24.3	28.2	13.4	27.1	15.6	15.2	6.0	4.4	1.3	4.6	16.7	
施設系(通所型)	2,667	51.5	29.6	25.7	30.4	19.7	19.5	15.9	10.5	6.7	1.2	7.6	20.4	
居住系	984	55.2	32.0	26.5	18.9	26.2	20.9	17.0	6.5	7.0	1.0	5.9	19.4	
居宅介護支援	766	22.5	9.0	10.1	12.1	10.7	9.9	7.2	5.0	3.4	1.8	17.8	46.5	

ICT化の最大の課題はコスト面

補助金制度の多くは償還払いであるため初期投資額を捻出できない事業者も多い

02 医療介護連携における課題 ～在宅介護事業者の視点から～

02 医療介護連携における課題 ～在宅介護事業者の視点から～

外来

- ・通院介助にあたる訪問介護員は病院までが介護提供であって診療時間は介護報酬が算定できないため、院内介助は医療機関に引き継ぐ形となっている。介護支援専門員は通院時情報連携加算の適用が可能であるが、算定率はあまり上がっていない。
- ・皮膚科・眼科系を診ることのできる訪問診療医が少なく、外来受診せざるを得ない場合が多い。通院介助に必要な介護従事者の供給不足を考えると、訪問診療での対応が出来るようになると良い。
- ・転倒による頭部受傷＋骨折疑いの場合などは、『骨折は診れるけど、頭部は診れない』と断られる事もある。

入院

- ・高度急性期病院は高齢者の受け入れのハードルが高い。特に急変時においては、ACPやDNARなどの延命治療方針についての確認が取れていないと受け入れが難しい場合などもあり、介護事業者側での書面取り交わしの有無を聞かれる事も多い。
- ・身寄りの無い方の急変時の受け入れが課題。ご本人は認知症の状態で意思確認が難しい場合も多い。この場合の入院受け入れは難航する。
- ・認知症を有する方の受け入れ、対応に難色を示す病院も多い。
- ・在宅診療の医師と病院の連携が取れているかどうかは在宅での高齢者の医療体制には重要だと思うが、同法人内に病院が併設している在宅診療医であれば連携は取りやすいが、クリニック単独の在宅診療医の場合、入院先については救急隊に探してもらい、介護側が病院探しをしなければならないケースがある。
- ・都市部の大学病院は他地域の在宅診療医や診療所を詳しく把握していないため、入院中の患者の在宅受け入れ要請があった際、この仲介を担う機能がない。
- ・（入院治療を選択せざるを得ない場合もあるが）短期間での集中的な治療を経て自宅に戻ることができる環境と、医療圏域ごとの在宅医療のバックアップ体制が整っていれば、在宅で最期まで支える手立てが増えるのではないかと。入院するかしないかの二択でない事もある（入院を選ぶと結果的に在宅復帰できないこともある）。

退院

- ・MSWの中には、在宅医療に繋げるための地域の診療所情報や、介護事業所の種別と機能の理解が不足している方もおられる。在宅からの受け入れ要請、退院時の連携においても、窓口がMSWか看護師かによって対応に差がある。介護支援専門員であっても『患者の情報については家族以外には伝えられない』と言われる事もある。
- ・専門職の不足により、自宅に戻ってからも継続したりハビリを受ける環境が整わず、訪問リハではなく訪問看護がリハを実施しているケースもある。

02 医療介護連携における課題 ～在宅介護事業者の視点から～

情報共有（ソフト面）

- ・かかりつけ医への定期的な通院介助や訪問診療との連携、服薬確認（薬受け取り）など、在宅介護の分野においても医療ニーズに対応する機会はあるが、診察内容や薬剤情報などがうまく連携されず、ご本人またはご家族から情報を提供いただくことも多い。
- ・医療連携に心理的ハードルを抱えるケアマネジャーもあり、日頃から、行政、地域関係者を含めた「顔が繋がる」定期的な会議が必要。

情報共有（ハード面）

- ・医療機関・介護事業所間の情報共有ツールは、現状ではベンダー任せになっている。たとえば、Medical Care Station（MCS）なども関係者間での連携ツールとして利用されているが、詳細な患者情報の共有などができず、インターフェースに課題がある。
- ・相互でICTを活用した情報連携が求められるが、在宅介護事業所は小規模事業所が多く設備投資面での課題も大きい。
- ・MCSを利用することでFAXや電話でのやり取りはほとんど無く、不在等により再度連絡するといった手間も無く、タイムリーに情報共有が出来るようになっているが、一方で退院時における診療情報提供は未だ書面が多い。

その他

- ・まだまだ大病院（大学病院等）がかかりつけ医の方も多い。メインの疾患以外の相談はしにくく、介護との連携には至れていない。

03 新たな地域医療構想に向けての要望 **～2040年を見据えて～**

2040年のほぼ間違いのない姿

圧倒的な医療と介護の担い手不足



その為には

→ 限られた人的資源（医療・介護職）の効率的な分配が極めて大事

コンパクトシティ化

医療と介護での専門職の配置分担

→ 予防または重症化防止に重点を置いた地域医療体制が必要

予防に対する報酬上の評価アップ

実効性のある病診連携・医介連携

提言

- ① かかりつけ医機能と情報連携の仕組み強化
- ② 医療機関と介護事業所での効果的かつ効率的な専門職の配置
- ③ 医介連携を更に促す診療報酬・介護報酬上の評価

1 かかりつけ医機能と情報連携の仕組み強化

- 医療・介護の複合ニーズに応じていくためにはイニシアチブをとる存在が必要
- 介護側は医療側に対して心理的ハードルを感じることも多く、普段から「顔の見える関係性」をいかに築けるかが大事
- 少なくとも介護支援専門員は、在宅医療・介護連携推進の為の地域会議等に参加すべき
- 抜本的な教育体制の構築も必要ではないか（医療・介護の連携、ソーシャルワークの観点からの教育など）
- 情報連携の為のツールはもはや社会の公共財であり、国の関与・支援が不可欠
- 介護側が利用者の生活を支援する中で得た情報を即座に医療側に共有することで、異変の早期発見に繋がり、医師の正確な診断や看護師の適切な判断に繋がる。同様に、生活を支援する上で必要な情報が医療側から介護側へ共有されることで、より根拠を持って利用者に関わることができる。

2 医療機関と介護事業所での効果的かつ効率的な専門職の配置

- かかりつけ医が機能するには「訪問看護」が極めて重要だが、看護師の不足も深刻
- これだけの人材不足の中、限られた人的資源を医療でも介護でも配置しないとイケない状態に再検討の余地はないか（サービスごとの個別最適より全体最適）
Ex.通所介護事業所への看護師の配置、機能訓練指導員の配置、etc.
- 自立→在宅介護→施設入所と移るに伴い、制度上、利用者（患者）は利用可能な医療・介護サービスが限定されてくるが、必要な介護に応じて生活する場所が変わっても、今までと変わらない医療が切れ目なく受けられることこそ、「複合ニーズ」に対応することではないか
Ex.通い型施設利用中の訪問診療の受診、特養での外部医療機関の利用（R6介護報酬改定で一部導入）、etc.
- 医療（訪問診療・訪問看護）と介護の連携によって、可能な限り自宅での生活を継続できることが理想

3 医介連携を更に促す診療報酬・介護報酬上の評価

- R6介護報酬改定において「医療と介護の連携の推進」に幅広く手当されたが、更に促す為には一層の報酬上の評価を

【令和6年度介護報酬改定における主な医療介護連携促進策】

- ・居宅介護支援「入院時情報連携加算」「通院時情報連携加算」の見直し
 - ・訪問リハ・通所リハ「退院時共同指導加算」の新設
 - ・介護保険施設、グループホームでの「協力医療機関連携加算」の新設
 - ・介護保険施設、特定施設等での協力医療機関との連携体制の構築（報酬算定上の評価なし）
 - ・特定施設、グループホーム等への「退院時情報提供加算」の新設
 - ・短期入所療養介護の「総合医学管理加算」の見直し
 - ・療養通所介護「短期利用療養通所介護費」「重度者ケア体制加算」の新設
- 医療・介護の複合ニーズに同時に対応できるような制度への転換

新たな地域医療構想による**地域包括ケアシステムの構築**により、
介護側も苦手意識を感じることなく医療・介護の連携が強化され、
介護ニーズと医療ニーズを併せ持つご利用者を**地域で支える体制**が
整備されることを期待します。

