日本医療政策機構（HGPI）認知症政策プロジェクト

「健康長寿時代の介護システムの構築」

～現状から浮かび上がる 5 つの論点と、未来のための 3 つの視点～

2022 年 3 月

はじめに

■日本医療政策機構とは

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、 独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクであり、市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供することを目指しています。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となるべく活動しています。

■認知症政策プロジェクト「健康長時代の介護システムの構築」について

日本医療政策機構（HGPI）では、超高齢化社会を迎えた日本を支える介護システムの在り方について、多様な視点から議論を行い、その改革の方向性を考えるプロジェクトを実施いたしました。その結果として、健康長寿時代の介護システムの方向性を「健康長寿時代にふさわしい介護システム実現に向けた 3 つの視点」として取りまとめました。

社会的入院や家族の介護負担の増加などの高齢化の進展に伴う課題は、1970 年代以降日本社会の中心的課題であり続けてきました。こうした諸課題に対し、1989 年のゴールドプランの策定や 1997 年の介護保険法の制定などの時代に即した制度改革がなされてきました。さらに 2000 年には公的な介護保険制度がスタートし、そこから 20 年が経過した今、介護保険制度を中心とした介護システムは私たちの社会にとっては欠かせないものとなりました。私たちは歳を重ねるに連れて、様々な心身の機能に衰えが生じることは避けられません。介護システムは、私たちが歳を重ねても自らが幸せと感じられる生活を実現するために、世代を超えて社会全体で支え合うためのシステムです。

一方で、平均寿命の延伸に伴って高齢者は依然として増加傾向にあり、増え続ける介護ニーズは医療や年金などと並び、社会保障財政の持続可能性を危ぶむ要因となっています。また、介護保険構想時から四半世紀が経過し、人口構造の変化に加え、核家族化や共働き世帯の増加といった世帯構造の変化や雇用の多様化など、介護システムを取り巻く社会の姿、家族の姿、個人の姿は変化を続けています。こうした変化に対応するため、小手先の制度改正ではない、時代に即した抜本的な変革が求められています。すなわち、国際的にみても、国民の満足度調査からみても、既存の介護保険制度は良好であり、広く社会に受け入れられている一方で、今後解決すべき課題や時代に合わせて変更が求められる点も散見されています。

日本医療政策機構では、このような認識に基づき、一人ひとりの尊厳が守られ、自らが幸せと感じられる生活を実現するための介護システムを目指して、多角的・学際的な視点から議論するためのタスクフォースを組成しました。本取りまとめでは、これまでのタスクフォースでの議論から抽出された今後の介護システムに関する論点・課題を整理しました。また、多岐にわたる論点から、日本医療政策機構にて、「健康長寿時代にふさわしい介護システムの実現に向けた 3 つの視点」を策定しました。2022 年度以降、これらの視点を踏まえて具体的な改革案についても議論を深めてまいります。

■2021 年度タスクフォースメンバー・アドバイザー（敬称略、五十音順）

タスクフォースメンバー

井口 高志（東京大学大学院 人文社会系研究科 社会文化研究専攻社会学講座 准教授）

石井 伸弥（広島大学大学院 医系科学研究科 共生社会医学講座 特任教授／日本医療政策機構 リサーチフェロー）

木下 衆（慶應義塾大学文学部 助教）

進藤 由美（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 企画戦略局 リサーチコーディネーター）

高端 正幸（埼玉大学大学院 人文社会科学研究科 准教授）

遠矢 純一郎（医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長）

冨田 清行（エーザイ株式会社 インテグレイティッドディメンシアストラテジー部 バリュー部長）

藤崎 基（SOMPO ケア株式会社 取締役執行役員 CRO（最高リスク管理責任者））

堀田 聰子（慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授／認知症未来共創ハブ 代表／日本医療政策機構 理事）

森川 美絵（津田塾大学総合政策学部 教授）

アドバイザー

香取 照幸（上智大学 総合人間科学部社会福祉学科 教授）

■2021 年度の活動スケジュール

2021 年 4 月-7 月

タスクフォースの組成・机上調査やヒアリングによる論点抽出

2021 年 8 月 12 日

第 1 回タスクフォース会合　健康長寿時代の介護システムの構築に向けた「介護」の再定義について

2021 年 10 月 1 日

第 2 回タスクフォース会合　健康長寿時代の介護システムの構築に向けた「介護」の再定義および今後の介護システムに関する論点について

2021 年 12 月 20 日

専門家会合　介護保険制度創設から 20 年を経て考える「健康長寿社会に求められる介護システム」の在り方

2022 年 3 月 3 日

第 3 回タスクフォース会合　健康長寿時代の介護システムの構築に向けた論点の整理と今後の方向性について

2021 年度タスクフォースから抽出された今後の介護システムにおける論点・課題

本プロジェクトでは、多角的・学際的な視点から議論するため、マルチステークホルダーによるタスクフォースを組成し、論点や課題の抽出に向けて議論を重ねてまいりました。タスクフォースメンバーの議論から、以下の抽論点や課題が浮かび上がりました。

健康長寿時代の介護システムの構築に向けて

～現状から浮かび上がる 5 つの論点～

1　個人、家族、社会の変化に対応しながら、一人ひとりの尊厳を尊重できる体制の構築

1.1　本人の尊厳が尊重されるべきという理念を社会全体で共有した上で、尊厳を尊重できる体制の構築に向けた熟議が必要

1.1.1 「本人の主体性や意思決定能力に関わらず、尊厳が尊重される」という視点が最も重要であるが、「尊厳が守られている状態」は個別性が大きく、その在り方は時代とともに変遷してきた

1.1.2 自分のことを大事にし、それをもって他者のことも尊重するという人権全般に関する教育を問い直し、尊厳が尊重されるべきであるという介護システムの理念について、社会での学びを高める必要がある

1.1.3 本人の望むことと本人や社会にとって望ましいことが一致しない場合もあり、本人の表明する意思が実現されることが、必ずしも尊厳が守られている状態と考えていいとは限らない。本人の意思と科学的、社会的正当性のあるべきバランスについて、画一的ではなく個別的対応が求められる場合もあり、社会全体でのさらなる議論が必要である

1.1.4 本人の権利・尊厳を尊重する上で、本人が意思を形成し、安心して表明、実現できる環境をつくることが重要である。そのためには、相手を対等な人間として、最後まで対話を続けていくこと、「病の進行＝心の喪失ではない」という認識が共有されることが必要。本人の意思表明が難しくても周囲がそれを汲み取り、その実現を支援できる体制の構築が求められる

1.2　介護の社会化の維持・強化に向けた取組みの前提として、家族やケアラーによる活動や負担の社会的承認が必要

1.2.1 単独世帯を含む高齢世帯の増加や、共働き世帯の増加等の世帯構造の変化によって、世帯内での介護力が低下している中、家族やケアラーの負担は依然として存在し続けている。「見えない家事」のような日々の生活に必要な家事を含めて、介護負担や介護実践の価値を社会的に認知し、承認することが重要である

1.2.2 家族介護をはじめとしたインフォーマルケアに対する社会の認知を高めるために、インフォーマルケアによる労働機会損失等を含めた経済的負担の見える化等を通じて、インフォーマルケアの負担が社会に与える影響を可視化していく必要がある

1.2.3 依然として家族介護の担い手は女性が中心となっており、介護におけるジェンダー格差の解消

が必要である。介護負担に関する多様な課題に対し、介護する側もされる側も社会全体で支えるという理解と体制の構築が重要である

1.3 介護システムを取り巻く様々な格差の実態を把握し、介護を必要とする一人ひとりにまんべんなく介護が提供されることが必要

1.3.1 経済格差、情報格差、デジタルデバイドといった社会的格差や貧困の拡大、単身世帯や非正規雇用の増加等による孤独・孤立が進んでいる。今後の介護システムの在り方を検討していくにあたり、介護システムによって満たされているニーズと満たされていないニーズを把握することが重要である

1.3.2 高齢者が増加する都市部、人口減少の著しい農村部など、少子高齢化や都市化などに伴う各地域での需給バランスの歪みにより、介護保険サービスへのアクセス等における地域格差が広がっている。すべての地域で必要な介護保険サービスを受けられる制度の構築が必要である

2 ケアの社会的な位置づけとケアや介護の専門性、質の評価体制の確立

2.1 ケアの社会的な価値を評価し、ケア負担の社会的な偏りの解消が必要

2.1.1 ケアの実践は経済的にも政治的にも十分に質を評価することが難しく、ケアに対する社会的な評価がされてこなかったが、改めてケアの実践の評価に関する議論が必要である

2.1.2 ケアの実践が経済的に評価されてこなかったため、ケアは無償かつインフォーマルなものという位置づけがいまだに強く、引き続き女性などにケア負担が偏っている。誰もがケアを必要とする可能性があることやケア負担を社会全体で分かち合うことの必要性を共有し、ケアに関する労働の社会的な位置づけについて、国民的な再定義が必要である

2.2 介護に含まれる各機能を整理し、介護の概念を体系化することが必要

2.2.1 介護保険制度の創設以降、介護の範囲は見守りや自立支援、予防に至るまで広がっており、その対象範囲も、軽度から重度まで拡大している。一般的な家事といった日常生活を円滑に営む上で必要不可欠だが認知・評価されづらい行為を含むこともあり、介護の概念とその中に含まれる多様な機能を整理していく必要がある

2.2.2 医療と福祉を融合させる Integrated care（統合的ケア）への移行の中で、社会的包摂、能動的福祉やエンパワメント・社会変革・社会的結束の促進など、支援のあり方が模索されてきた。支援観の変化に伴うケアのコンピテンシーの変容を踏まえて、介護のあり方を考えていく必要がある

2.2.3 介護における生活体としての個別性と、人体としての共通性を踏まえ、科学的に方法論の確立が可能な領域を整理し、介護を体系化することが必要である

2.2.4 介護労働のうち、テクノロジーへのタスクシフトや効率化をすべきもの、すべきでないものを整理することが必要である

2.3 介護の質の評価を確立し、介護労働に対する適切な評価につなげることが必要

2.3.1 高齢者本人の QOL 向上にあたっては、身体的介助等のみならず、高齢者本人との日々の対話や意思決定支援、高齢者本人の生活を記録し、その人らしさを引き出す関わり方も極めて重要で

ある。こうしたケアの実践は個別性が大きく、また受け手にとって最適な介護を定義することは難しく、介護の質の評価には困難が伴う

2.3.2 高齢者本人の QOL 向上に資するケアの普及、均てん化に向けて、社会的ケア関連 QOL のような広い尺度の設計、制度化に向けた検討が必要である

2.3.3 制度に合わせるのではなく、本人の望む生活を実現するために制度を活用できるように、個別の介護保険サービスの質の評価に加えて、要介護認定プロセスやケアマネジメントの質の評価についても検討する必要がある

2.3.4 個別性の高い介護の普遍的な評価には限界があり、介護の質の向上に資する評価の在り方を考える上で、それぞれの受け手自身の評価も重要である

3 ケアや介護の社会的価値を高め、多様なステークホルダーが関わりやすい環境の整備

3.1 地域においてケアに関わりやすい環境の整備が必要

3.1.1 地域における支え合いの機運を醸成するために、「ケアを担う」「ケアに関わる」ことを社会全体で増やしていくことが重要である。誰もが一生の中でケアにかかわっていくケアリング社会をどのように構想していくかが課題となる

3.1.2 社会参加と仕事との関係を再編成し、雇用の柔軟性を高め「労働」や「働くこと」の再編成を進めていく取り組みなど、インフォーマルケアを行いやすいような条件を整備することが必要である

3.1.3 地域での活動に注力できるような時間資源を得られるシステムに加えて、地域でのインフォーマルケアをするための経済資源を得られるようなシステムが必要である

3.2 多様なステークホルダーの介護への参画を促し、イノベーションとその制度への取り組みを促進することが必要

3.2.1 イノベーションを促進するためには、産官学民の連携が重要であり、介護における多様なステークホルダーの連携を強化することが必要である

3.2.2 多様なステークホルダーの介護への参画を促すために、介護に対するネガティブなイメージを払拭し、介護の社会的な位置づけを高めることが必要である

介護保険制度はこれまで、現場からうまれる新しい介護実践を制度に取り込んできた。制度理念と現場実践は相互に支え合う関係であり、現場実践の中での問題提起を受け止め、社会的課題解決の基盤としての制度改革が必要である

4 本人の生活を支える介護の均てん化に向けた、システムおよび介護提供体制の強化

4.1 本人の生活を支えるという観点から、医療介護を一体的に捉えたシステム全体としての最適化が必要

4.1.1 人口減少社会を迎えるなかで、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいの提供を行う体制を、地域ごとに構築することが求められる。医療・介護提供体制を中心に、システム全体として議論していくことが、まちづくりを考えていくうえで重要である

4.1.2 後期高齢者の増加に伴い、認知症や併存疾患を持つ人が増えている。こうした疾病構造等の変化に対応しながら本人の生活を支えるために、多職種が連携しながら医療と介護を切れ目なく提供できる体制の構築が必要である

4.1.3 多職種連携の推進に向けて、対人支援に関する基礎教育を医療・介護共通して整備し、高齢者が生活を続けていくことを目的とする意識や、そのための技術の普及が求められる

4.1.4 医療と介護の連携や多職種の協働のための土台として、医療と介護で共通した評価尺度を開発し、医療と介護を双方向から評価することによって、医療・介護相互にやりがいを高めていく効果が期待される

4.2 介護従事者が長期的なキャリアを構築できる環境を整備し、介護の質を向上することが必要

4.2.1 介護現場の労働環境は過酷であり、介護の労働市場は、入職者、離職者ともに多いのが現状である。現場から自発的に生まれる新しいケアの実践を促進するために、介護専門職がやりがいと誇りを持ち、長期的にキャリアを築けるような職場環境・キャリア形成支援体制の整備が必要である

4.2.2 措置制度時代にみられたような、職員の給料を抑えるために若年層の労働に依存するようなビジネスモデルから脱却し、介護従事者のキャリア形成を促進する経営モデルの定着が必要である。

4.2.3 介護従事者のやりがいの強化やスキルに応じた報酬体系に向けて、介護従事者の専門性や介護の質、アウトカムを客観的に評価することのできる尺度の開発が必要である

4.3 介護提供体制の強化に向けて、準市場としての介護を取り巻く大局的な課題の整理と解決が必要

4.3.1 介護市場の特殊性を考慮し、官民の役割を明確にしたうえで、事業者や介護サービスの質の向上に向けた準市場としての適切な競争を促すとともに、その均てん化に向けて、競争原理では解決できない課題に対応する制度設計の検討が必要である

4.3.2 産業としての介護の発展のために、労働集約型から知識集約型の産業構造への転換が期待される。介護需要を満たすことができる介護提供体制の強化に向けた介護産業の振興に向けて、官民の連携が必要である

4.3.3 介護現場の業務効率性向上のため、ICT の利活用と柔軟性のある人員配置等の規制の在り方が必要である

5 財政基盤の強化に向けた、支え合いの機運の醸成

5.1 介護の質の向上に向けた介護財政の安定化のための好循環が必要

5.1.1 介護保険制度をより持続可能なものとするために、医療保険制度との関係性等を踏まえ、社会保険財源と税財源の比率等を含めて介護保険財政の在り方を考え、国民的議論を促すことが必要である

5.1.2 被保険者の負担増に対する納得感を得るためには、利用者や国民目線で満足度が高いサービス提供ができるよう、事業者側の企業努力や挑戦が必要である

5.1.3 財政的な制約により、介護従事者の労働環境は劣悪であり、介護現場からの新しいケアの実践

の妨げとなっている。より良い介護を現場からつくり出し、それが社会的に認知されることで、介護のための国民負担への合意が形成されるという好循環を生むことが必要である

5.2 社会全体での支え合いの基盤となる公平でシンプルな給付と負担の制度が必要

5.2.1 負担に対する国民の合意形成をするためには、負担者一人ひとりが負担に対する受益感を感じられるように、制度の公平性を向上させることが必要である

5.2.2 社会保障制度を通じて税や保険制度が社会の支え合いの基盤であることがわかりやすい、よりシンプルな給付と負担の制度の構築が必要である

健康長寿時代の介護システムの実現に向けた 3 つの視点

タスクフォースメンバーによる論点抽出を受けて、日本医療政策機構では、追加でのヒアリングや調査を実施し、日本医療政策機構独自の提言として、健康長寿時代の介護システムの実現に向けた 3 つの視点を整理しました。

健康長寿時代の介護システムの構築に向けて

～未来のための 3 つの視点～

1. 社会に内在する格差に対応し、一人ひとりの尊厳を大切に

1-1: 疾患や本人の状態に関わらず、尊厳が尊重されることの重要性を社会全体で共有し、尊厳を支える意思決定支援等の提供体制の強化が必要

1-2: 特定の人々に望まない介護負担が強いられることがなく、社会全体で介護を適切に評価し、介護負担を分かち合うことについて、国民的な合意形成が必要

1-3: 経済格差や情報格差等の社会的格差や地域格差の影響を受けず、介護保険サービスを必要とするすべての人が、必要な介護保険サービスを受けることができる制度の構築が必要

2. 必要な人に介護が行き届くよう、限られたリソースの効果的・効率的な活用を

2-1: 従来の三大介護に加え、自己実現を支える意思決定支援や、見守り、自立支援、予防など、介護に含まれる多様な概念を整理し体系化するとともに、それに基づく介護の質や専門性の評価体制の確立が必要

2-2: 諸制度が包括的に機能する中で、介護に関わる機会が社会的に開かれ、官民、地域、家族を含む多様なステークホルダーがよりよい介護の提供に挑戦することができる体制の構築が必要

2-3: 高齢化や疾患構造の変化等に伴う併存疾患を持つ人の増加に対応するため、医療と介護を一体的に捉えた議論が必要

2-4: 介護現場で介護の質を追求できるよう、介護従事者がやりがいと誇りをもって、長期的なキャリア形成ができる環境を整備することが必要

3. 支え合いの機運が醸成される社会づくりを

3-1: 住民同士のインフォーマルケアを通して地域での支え合いの強化に向けて、都市計画や住宅政策等の視点も含めたまちづくりが必要

3-2: 支え合いの基盤となる社会保障制度への理解の促進に向け、シンプルでわかりやすい給付と負担の制度設計が必要

3-3: 介護従事者の待遇の改善、介護の質の向上、質の高い介護のための負担への国民的合意形成という好循環を生み出すことが必要

謝辞

本取りまとめの作成にあたり、2021 年度初旬より、産官学民の多くの方からご意見を頂戴いたしました。本プロジェクトに対して専門的な見地からご助言をくださり、本とりまとめの趣旨にもご賛同くださったタスクフォースメンバー（五十音順）の井口 高志 氏（東京大学大学院 人文社会系研究科 社会文化研究専攻社会学講座 准教授）、石井 伸弥 氏（広島大学大学院 医系科学研究科 共生社会医学講座 特任教授／日本医療政策機構 リサーチフェロー）、木下 衆 氏（慶應義塾大学文学部 助教）、進藤 由美 氏（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 企画戦略局 リサーチコーディネーター）、高端 正幸 氏（埼玉大学大学院 人文社会科学研究科 准教授）、遠矢 純一郎 氏（医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長）、冨田 清行 氏（エーザイ株式会社 インテグレイティッドディメンシアストラテジー部 バリュー部長）、藤崎 基 氏（SOMPO ケア株式会社 取締役執行役員 CRO（最高リスク管理責任者））、堀田 聰子 氏（慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授／認知症未来共創ハブ 代表／日本医療政策機構 理事）、森川 美絵 氏（津田塾大学総合政策学部 教授）また、アドバイザーの香取 照幸 氏（上智大学 総合人間科学部社会福祉学科 教授）、その他、専門家会合の開催やヒアリングにご協力いただいた多くの有識者の皆様に深く御礼を申し上げます。

なお、ご所属およびご役職は、原則として、会合開催時のものを記載しており、現職と異なる場合がございます。また本提言は、本プロジェクトにおける議論を筆者である日本医療政策機構が取りまとめたものであり、特定の個人あるいは組織の意見を代表するものではございません。

協賛（五十音順）

ギリアド・サイエンシズ株式会社
SOMPO ホールディングス株式会社

共著者（順不同）

坂内 駿紘（日本医療政策機構 アソシエイト）
栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）
河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長/CEO）
吉川 美佳子（日本医療政策機構 インターン）

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、 寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

ミッションへの賛同

日本医療政策機構は「フェアで健やかな社会を実現するために、新しい アイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与 え、変革を促す原動力となる」ことをミッションとしています。当機構 の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支 援で支えられています。

政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。 また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性 や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、 それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、 企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

書面による同意以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒100-0004
東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階
グローバルビジネスハブ東京
TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378
Info: info@hgpi.org
Website: https://www.hgpi.org/

Health and Global Policy Institute (HGPI)
Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,
Global Business Hub Tokyo
1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo
100-0004 JAPAN
TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378
Info: info@hgpi.org
Website: https://www.hgpi.org/en/