

第10期介護保険事業計画策定に資する基礎調査報告書【概要版】

I はじめに

1 調査目的

第10期介護保険事業計画策定のための基礎資料を得ることを目的とし、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、「新在宅生活改善調査」、「居所変更実態調査」、「介護人材実態調査」を実施した。各調査の目的は下記のとおりである。

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」

身体機能低下、閉じこもり、認知症等の要介護度の悪化につながるリスク要因、高齢者の生活状況や社会参加状況などを把握するとともに、関係町村における介護予防・日常生活支援総合事業などに活用する。

「新在宅生活改善調査」

現在自宅等にお住まいの方で「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」の①人数、②生活の維持もしくは就労の継続が難しくなっている理由、③生活の改善、就労の継続のために必要な支援・サービス等を把握し、在宅生活や家族等介護者の就労継続につながる取組を検討する。

「居所変更実態調査」

過去1年間に施設・居住系サービスから別の居住先へ移った利用者数や、その移動理由を把握することを目的としている。これらの状況を踏まえ、施設・居住系サービスにおける生活を継続しやすくするために求められる機能や、外部のサービス資源との連携の在り方を検討する。

「介護人材実態調査」

施設・居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービスの事業所、および介護職員を対象としたアンケート調査で①性別・年齢構成、②資格保有状況、③過去1年間の採用・離職の状況、④訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態などを把握し、職員の確保・定着、育成、もしくは業務改善に必要な取組等を検討する。

2 調査の実施概要

2.1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【調査対象者】令和7年10月1日時点で、関係16町村の介護保険被保険者のうち、要介護（要支援）認定を受けていない高齢者

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和7年12月1日 ～令和8年1月16日	郵送による発送、郵送 およびwebで回収	13,992件	9,426件	67.4%

<参考～前回および前々回の調査時～>

【前回・調査対象者】令和4年8月末時点で、関係16町村の介護保険被保険者のうち、要介護（要支援）認定を受けていない高齢者

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和5年1月6日～2月3日	郵送による発送・回収	13,966件	8,599件	61.6%

【前々回・調査対象者】令和2年1月末時点で、関係16町村の介護保険被保険者のうち、要介護（要支援）認定を受けていない高齢者

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和2年5月8日～5月29日	郵送による発送・回収	14,506件	9,862件	68.0%

2.2 新在宅生活改善調査

【調査対象者】域内の自宅、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホームの要支援・要介護認定者を対象に、担当するケアマネジャー（居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所）が回答

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和7年12月1日 ～令和8年1月16日	電子ファイルにより発 送・回収	38件	32件	84.2%

2.3 居所変更実態調査

【調査対象者】域内の施設・居住系サービス（住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、（地域密着型）特定施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設・介護医療院、（地域密着型）特別養護老人ホーム

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和7年12月1日 ～令和8年1月16日	電子ファイルにより発 送・回収	59件	30件	50.8%

2.4 介護人材実態調査

【調査対象者】域内の施設・居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービス、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

調査実施時期	調査方法	発送数	有効回答数	有効回答率
令和7年12月1日 ～令和8年1月16日	電子ファイルにより発送・回収	訪問系 20件	10件	50.0%
		施設系・ 通所系 90件	49件	54.4%

Ⅱ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

1 調査結果〔町村別集計編〕

1.1 基本属性

(1) 居住町村

回答者数は9,426人であり、居住町村の構成は表のとおり。

(2) 性別・年齢

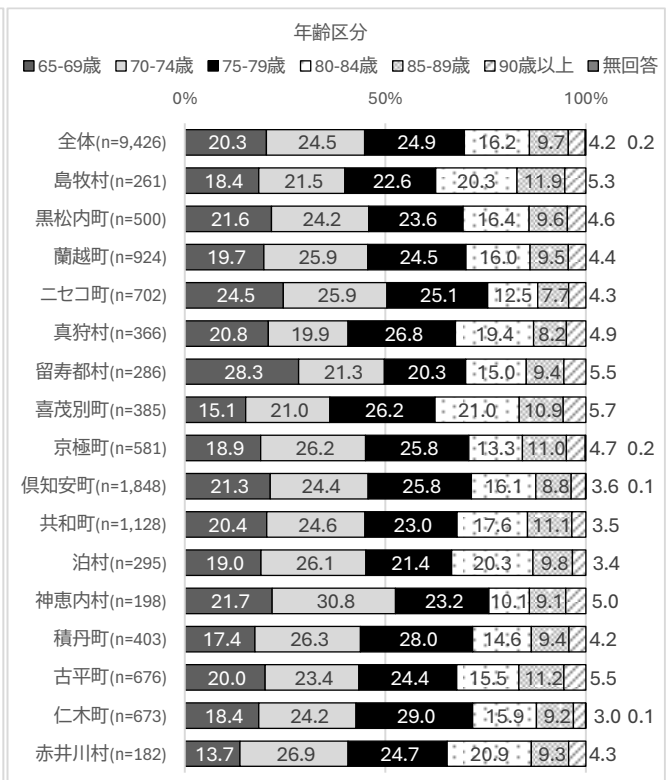
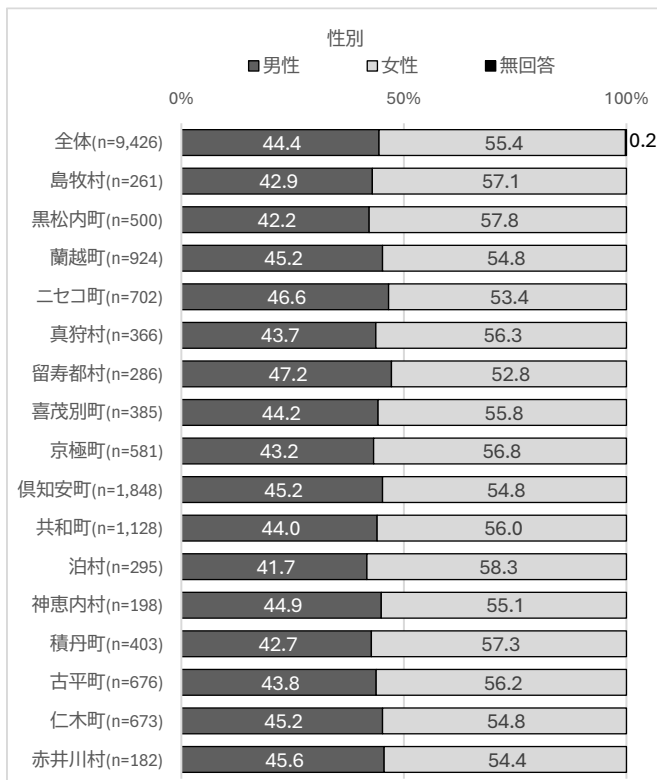
性別は「女性」が55.4%、「男性」が44.4%。

町村別では、島牧村・黒松内町・泊村・積丹町は女性の割合がやや高い。

年齢は「75～79歳」(24.9%)が最も多く、次いで、「70～74歳」(24.5%)、「65～69歳」(20.3%)。

町村別ではニセコ町・神恵内村は65～74歳の割合がやや高く、島牧村・喜茂別町は75歳以上の割合がやや高い。

	件数	%
島牧村	261	2.8
黒松内町	500	5.3
蘭越町	924	9.8
ニセコ町	702	7.4
真狩村	366	3.9
留寿都村	286	3.0
喜茂別町	385	4.1
京極町	581	6.2
倶知安町	1,848	19.6
共和町	1,128	12.0
泊村	295	3.1
神恵内村	198	2.1
積丹町	403	4.3
古平町	676	7.2
仁木町	673	7.1
赤井川村	182	1.9
無回答	18	0.2
全体	9,426	100.0



1.2 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成

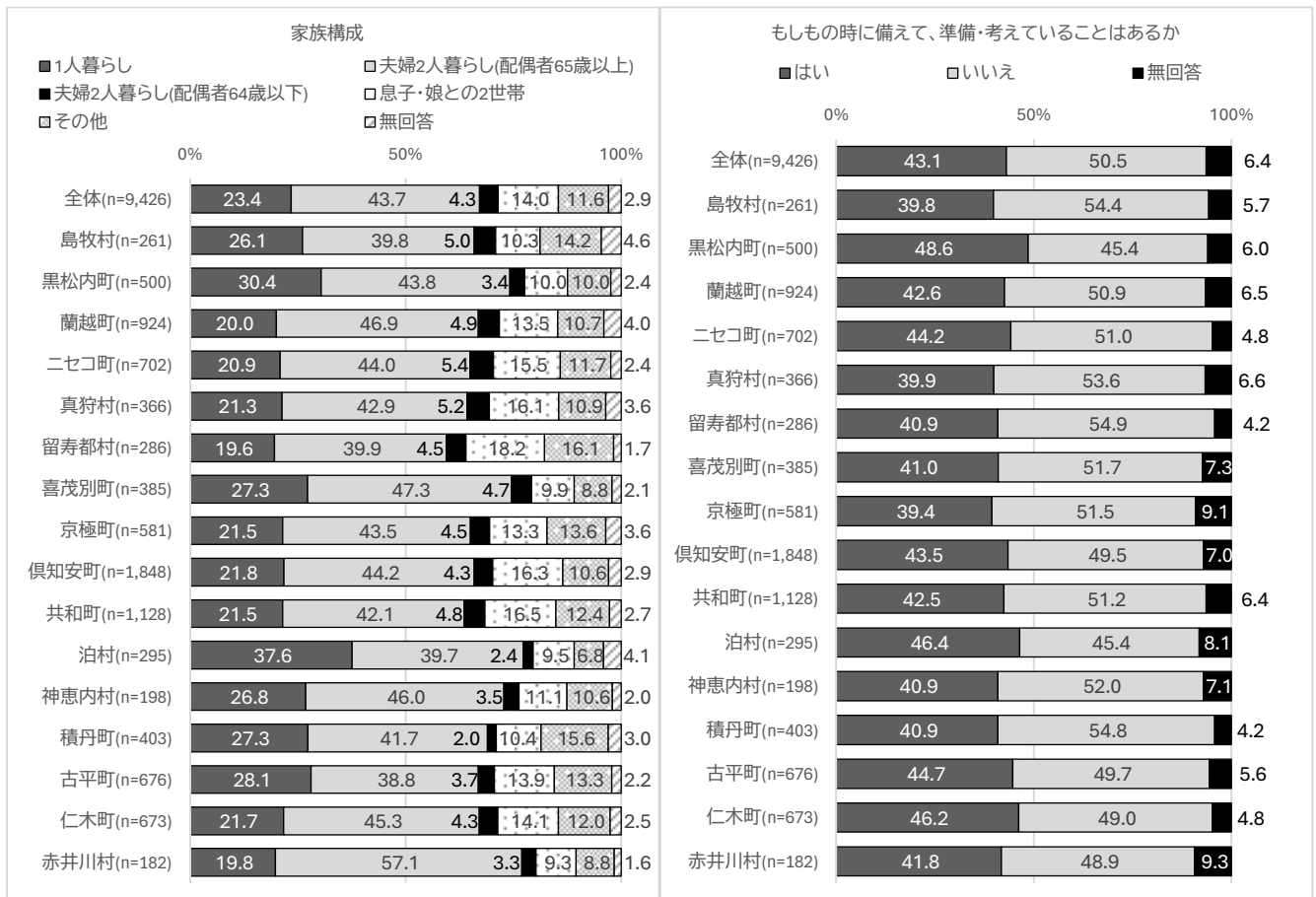
家族構成は、「1人暮らし」が23.4%、「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」が43.7%。

町村別では泊村の「1人暮らし」、赤井川村の「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」の割合が高い。

(2) もしもの時に備えての準備や考えていること

もしもの時に備えて、準備していることや考えていることはありますかという問いに対し、「はい」が43.1%、「いいえ」が50.5%となり、半数はもしもの時の備えない状況。

町村別では黒松内町の「はい」の割合がわずかに高い。



(3) 介護・介助の状況

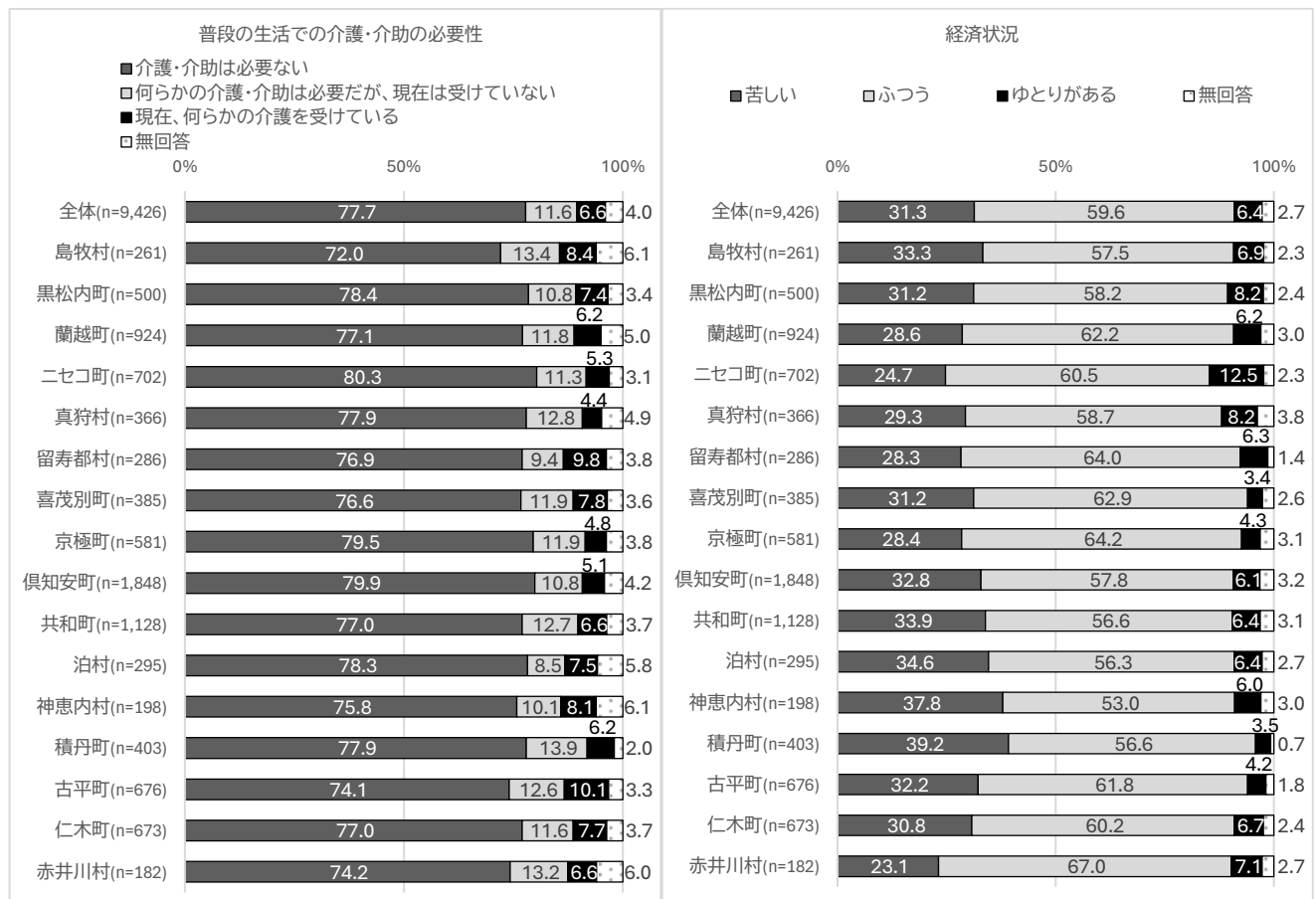
普段の生活での介護・介助の必要性については、「介護・介助は必要ない」が77.7%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が11.6%、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」が6.6%。

町村別では、島牧村・積丹町・古平町の介護の必要性（「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」と「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」の合算値）がやや高い。

(4) 経済状況について

現在の暮らしの経済的な状況については、「ふつう」が59.6%と最も多く、次いで「苦しい」（「大変苦しい」「やや苦しい」の合算値）が31.3%。

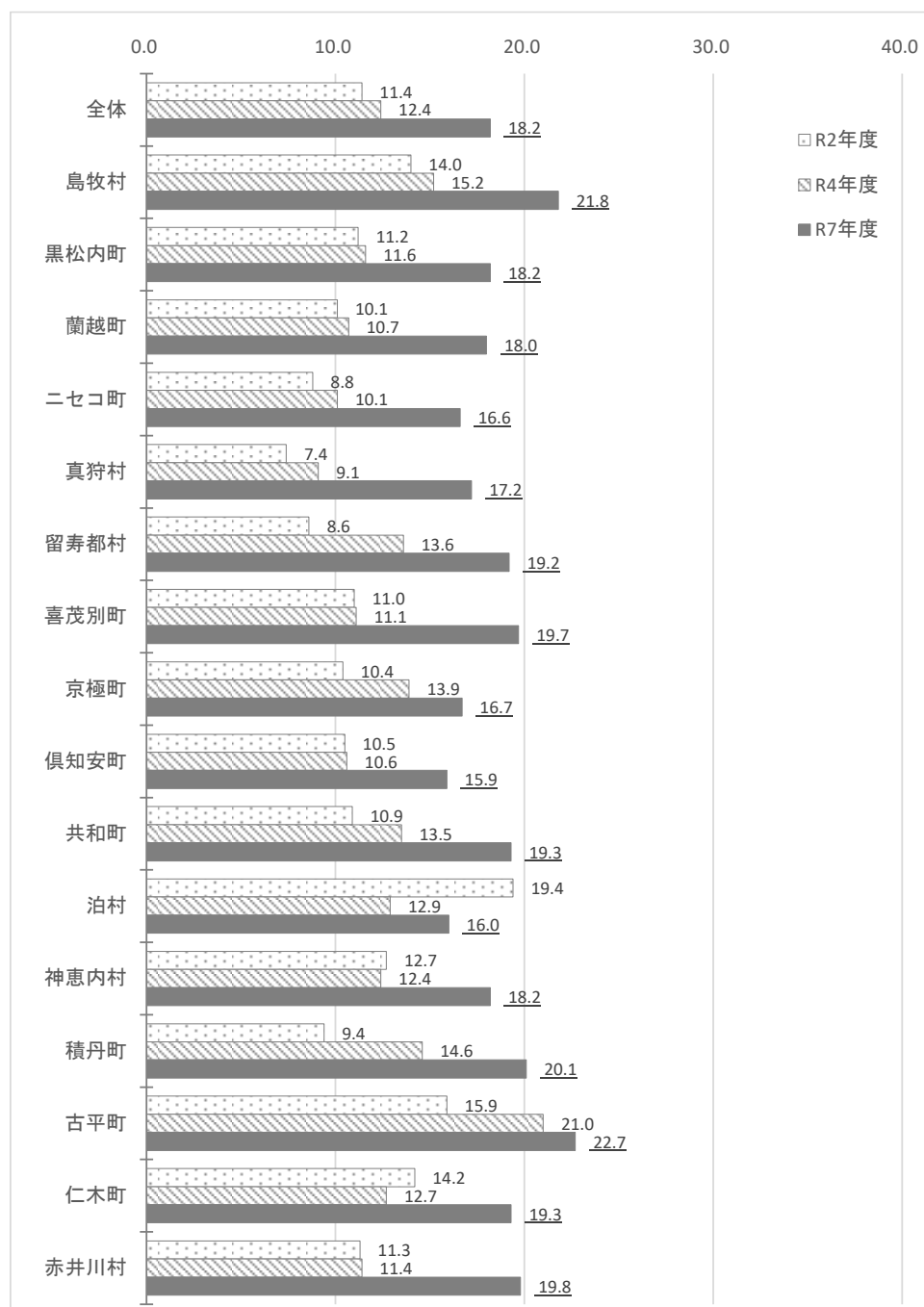
町村別では、神恵内村・積丹町の「苦しい」の割合がやや高い。



【参考】

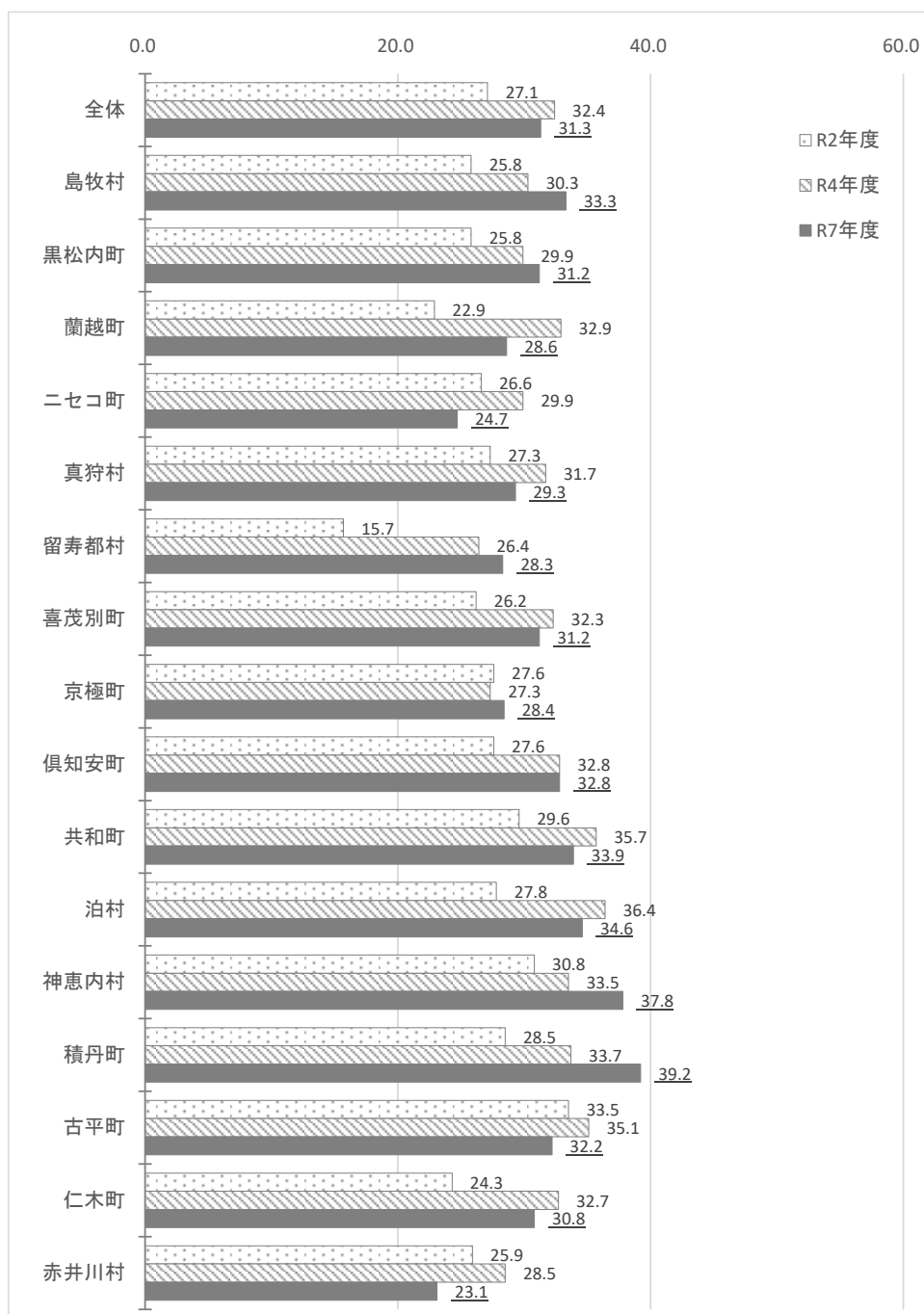
① 介護・介助の必要性がある人の経年変化

第8期策定時(R2年度調査)、第9期策定時(R4年度調査)、第10期策定時(R7年度調査・本業務)の結果から経年変化をみると、「泊村」は介護・介助の必要性がある人（「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」の合算）の割合がわずかに減少しているが、その他の町村については増加傾向。



② 経済状況の経年変化

「大変苦しい」と「やや苦しい」の合算値について、第8期策定時(R2年度調査)、第9期策定時(R4年度調査)、第10期策定時(R7年度調査・本業務)の結果から経年変化をみると、特に「留寿都村」「積丹町」については他の町村よりも増加。



(5) 希望する生活の場について

今後も、今住んでいるまちで暮らし続けたいかたずねたところ、「可能な限りずっと住み続けたい」が85.7%と最も多く、次いで「他の市町村に移り住む予定、移り住みたい」（「具体的には決まっていないが、他の市町村に移り住みたい」と「他の市町村に移り住む予定である」の合算値）が9.7%。

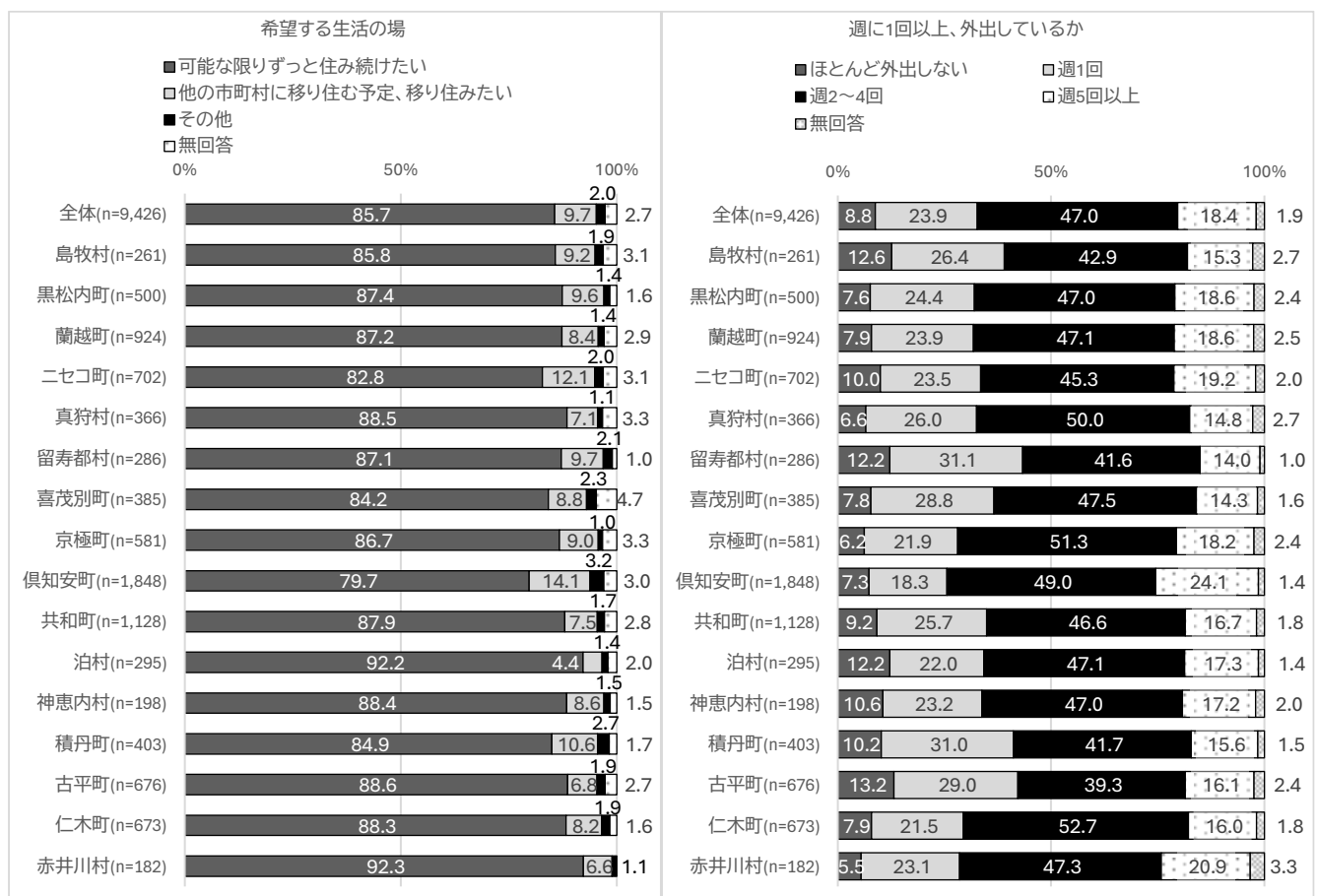
町村別では、「可能な限りずっと住み続けたい」の割合は、泊村・赤井川村がやや高く、倶知安町がやや低い。

(6) 外出について

【①1週間あたりの外出頻度】

週に1回以上、外出しているかをたずねたところ、「ほとんど外出しない」が8.8%、「週1回」が23.9%、「週2～4回」が47.0%、「週5回以上」が18.4%。

町村別では、「ほとんど外出しない」の割合は島牧村・留寿都村・泊村・古平町がやや高く、「週5回以上」の割合は倶知安町・赤井川村がやや高い。



【②昨年と比べて外出回数】

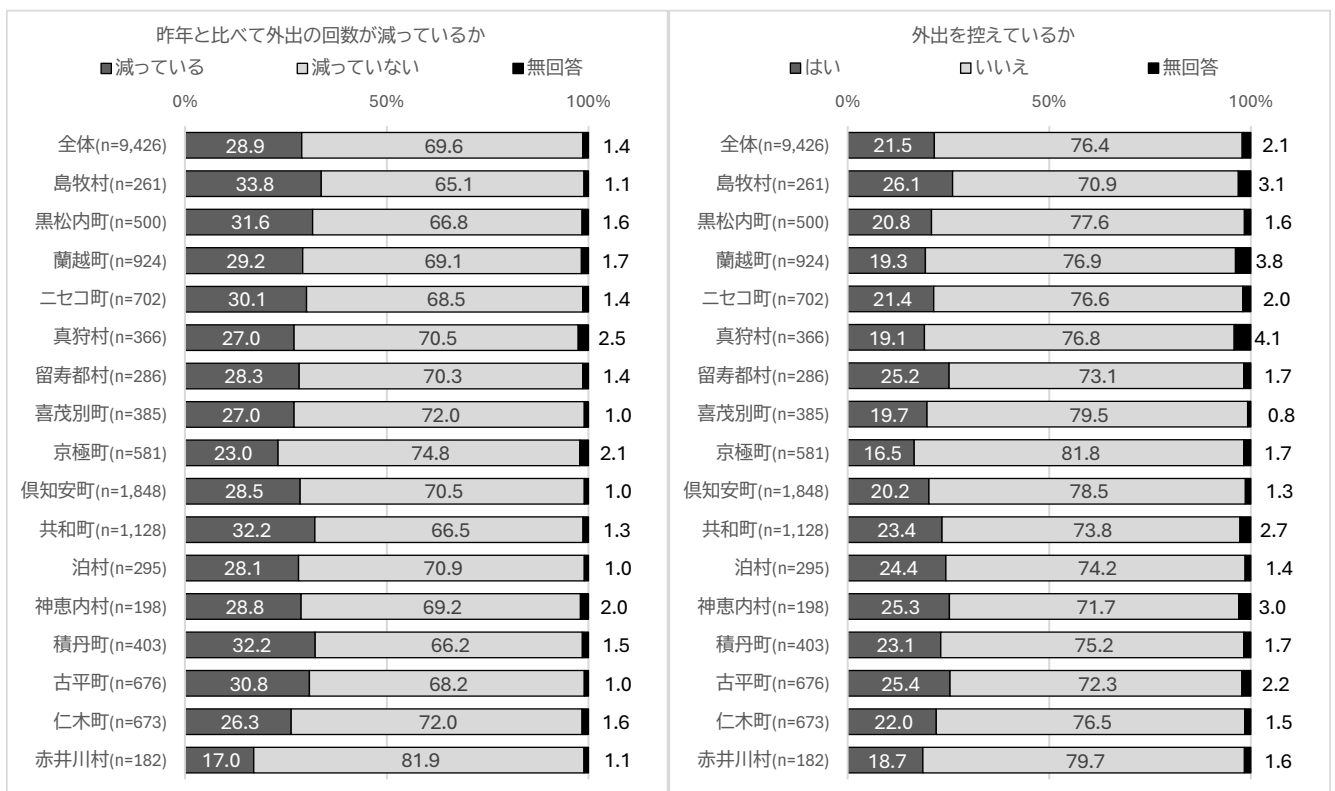
昨年と比べて外出の回数が減ったかをたずねたところ、「減っている」（「とても減っている」と「減っている」の合算値）が28.9%、「減っていない」（「あまり減っていない」と「減っていない」の合算値）が69.6%。

町村別では、「減っていない」の割合は赤井川村が高い。

【③外出控えについて】

外出を抑えているかをたずねたところ、「はい（控えている）」が21.5%、「いいえ（控えていない）」が76.4%。

町村別では、「いいえ（控えていない）」の割合は京極町がやや高い。



(7) 食事について

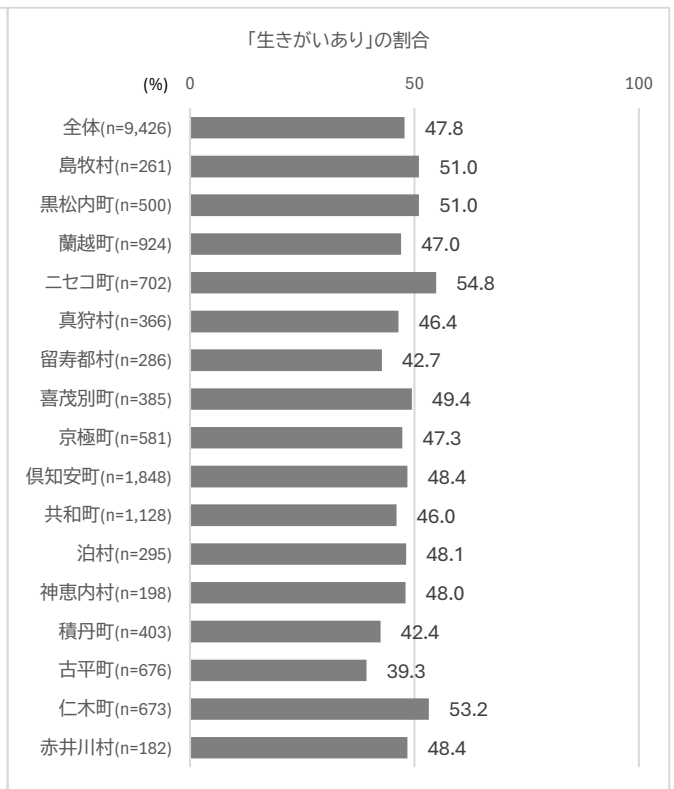
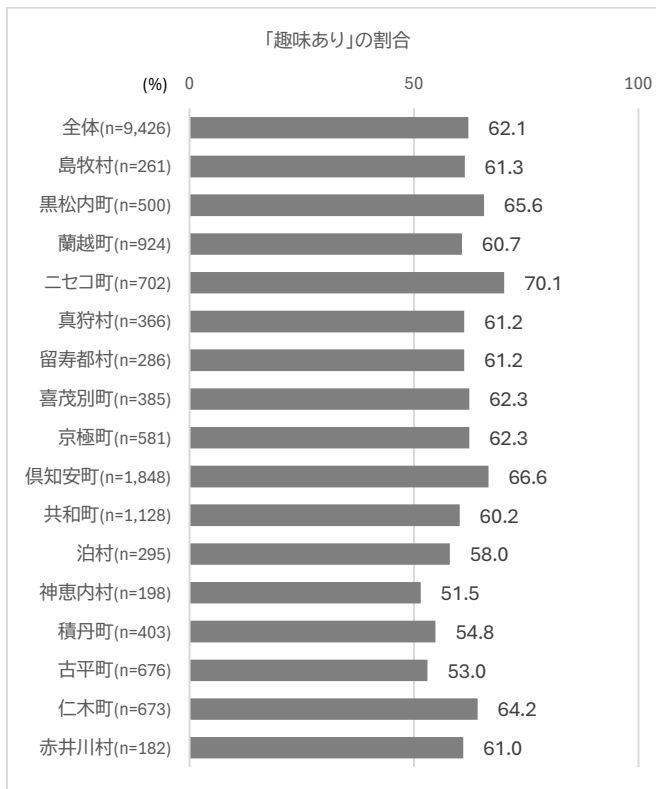
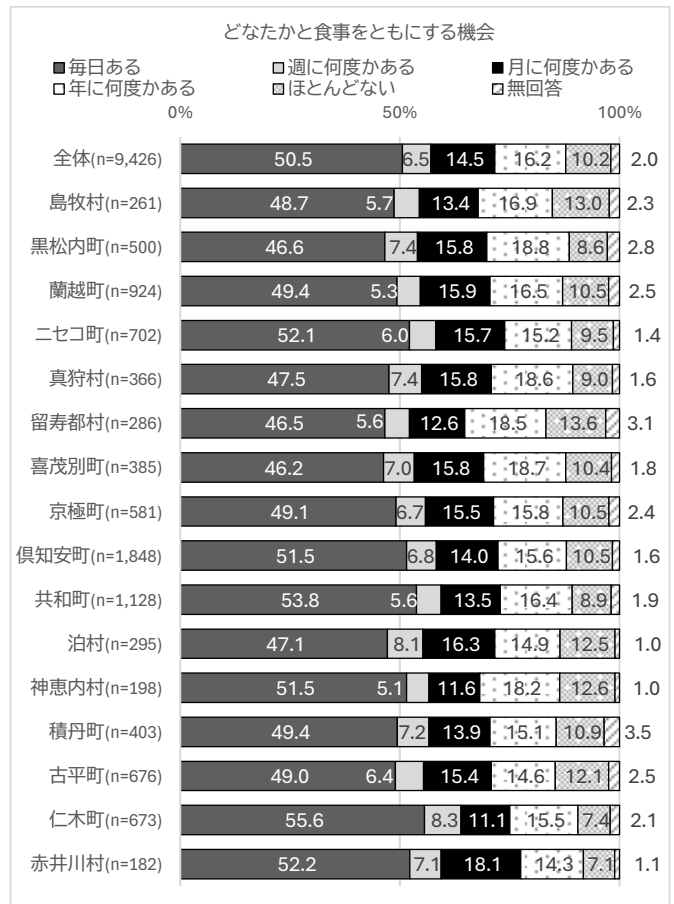
どなたかと食事をとにもする機会の有無をたずねたところ、「毎日ある」が50.5%、「週に何度かある」が6.5%、「月に何度かある」が14.5%、「年に何度かある」が16.2%、「ほとんどない」が10.2%。

町村別では、「毎日ある」の割合は仁木町がやや高い。

(8) 趣味や生きがいについて

「趣味あり」の割合は62.1%。町村別では二セコ町の割合がやや高い。

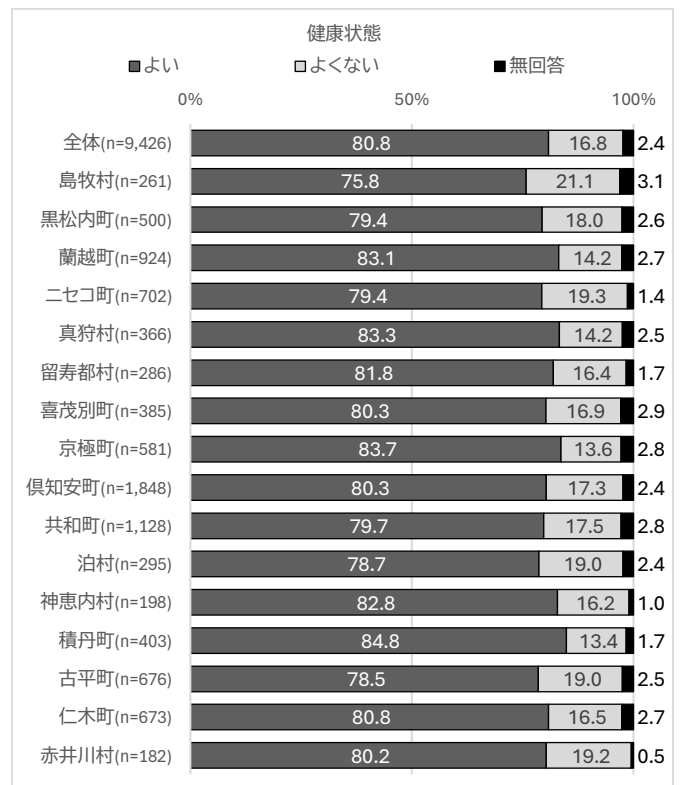
「生きがいあり」の割合は47.8%。町村別では二セコ町・仁木町の割合がやや高い。



(9) 現在の健康状態について

現在の健康状態は、「よい」（「とてもよい」と「まあよい」の合算値）が80.8%、「よくない」（「あまりよくない」と「よくない」の合算値）が16.8%。

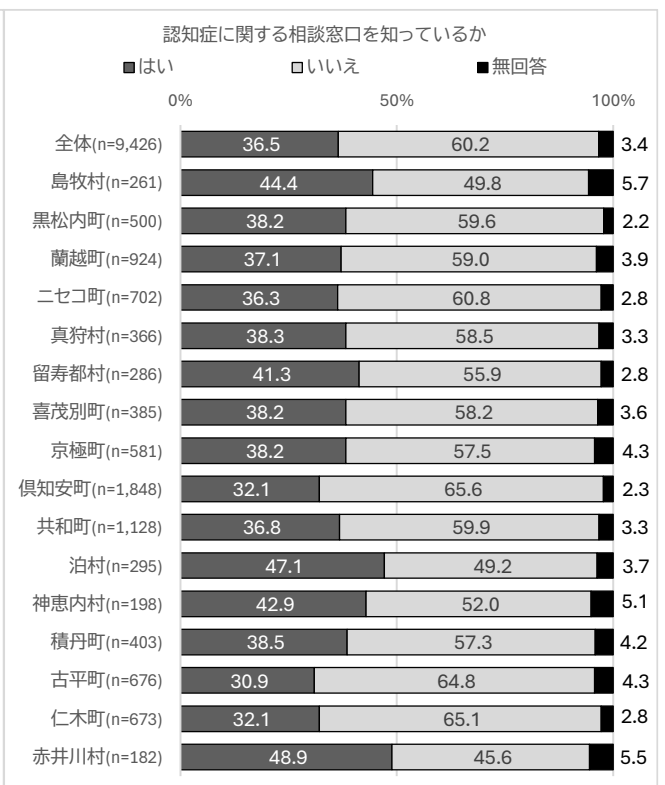
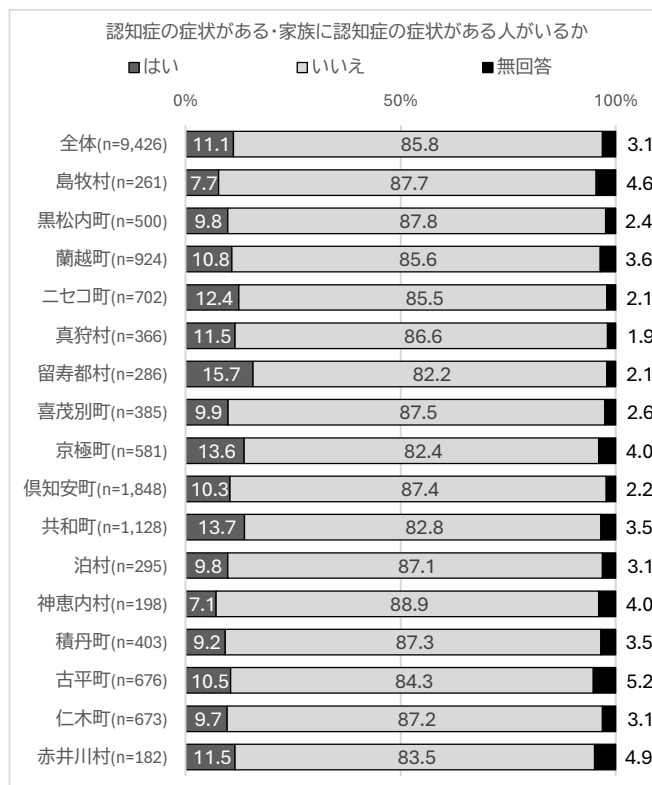
町村別では、積丹町は「よい」の割合がやや高い。



(10) 認知症に関して

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるかたずねたところ、「はい」が11.1%。町村別に大きな差は見られない。

認知症に関する相談窓口を知っているかたずねたところ、「はい」が36.5%。町村別では、島牧村・泊村・赤井川村の「はい」の割合がやや高い。



1.3 地域での活動について

(1) 介護予防のための通いの場への参加

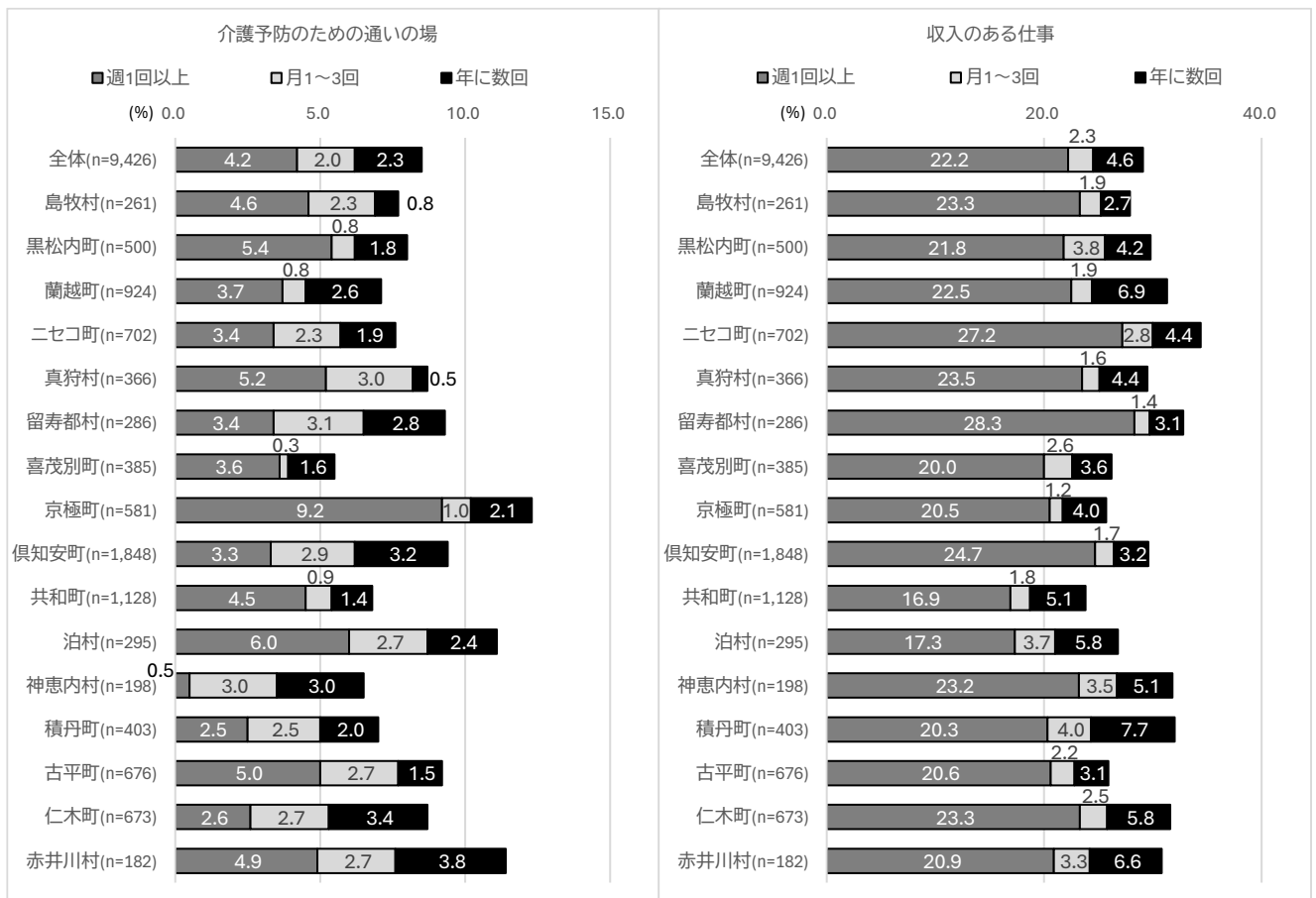
介護予防のための通いの場への参加頻度は、「週1回以上」が4.2%、「月1~3回」が2.0%、「年に数回」が2.3%。

町村別では、京極町の「週1回以上」の割合がやや高い。

(2) 収入のある仕事について

収入のある仕事への参加頻度は、「週1回以上」が22.2%、「月1~3回」が2.3%、「年に数回」が4.6%。

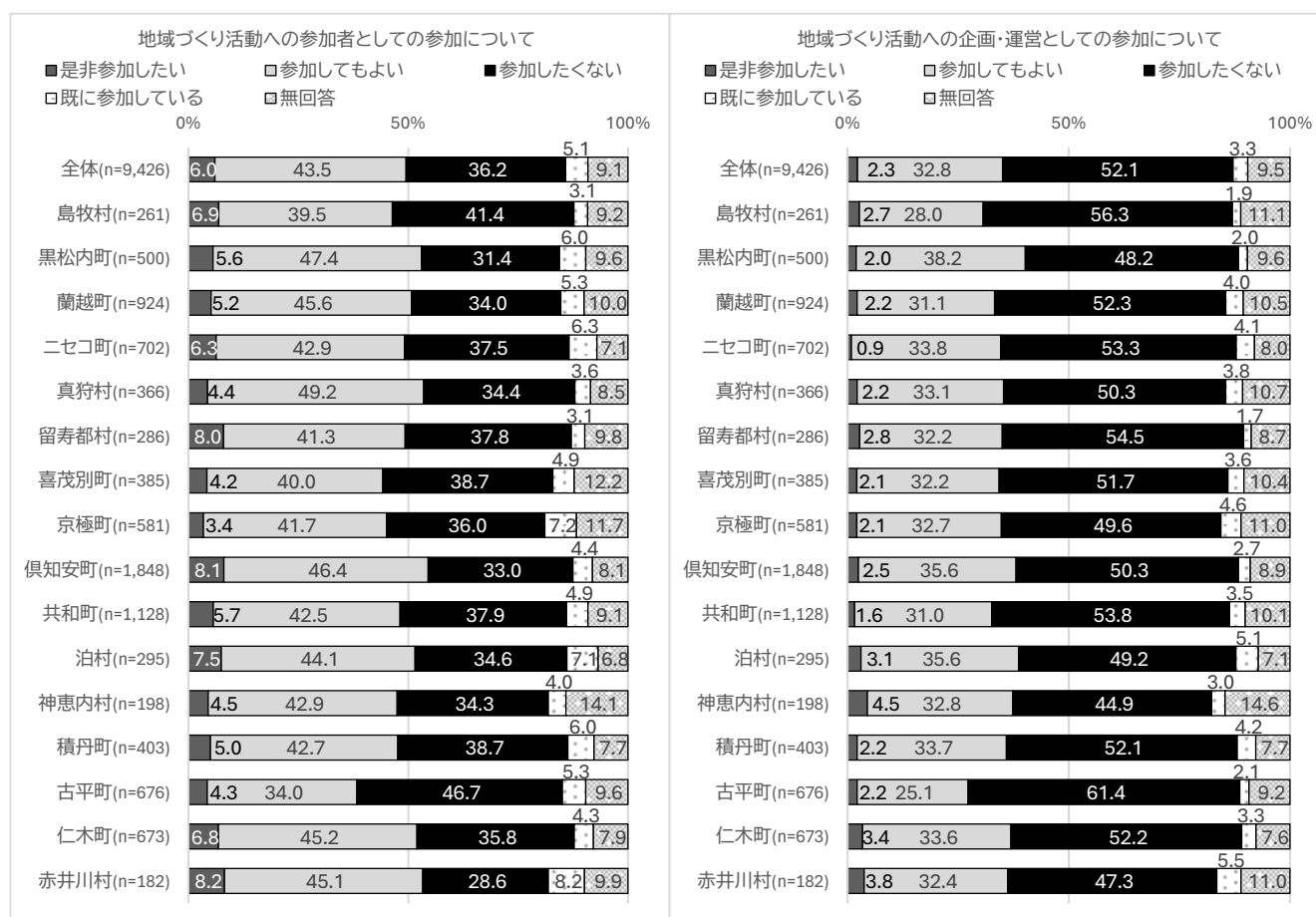
町村別では、ニセコ町・留寿都村の「週1回以上」の割合がやや高い。



(3) 地域づくり活動への参加について

いきいきした地域づくり活動に参加者として参加してみたいかをたずねたところ、「是非参加したい」が6.0%、「参加してもよい」が43.5%。町村別では、黒松内町・真狩村・倶知安町・赤井川村の「参加したい」（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合算値）の割合がやや高い。

いきいきした地域づくり活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいかをたずねたところ、「是非参加したい」が2.3%、「参加してもよい」が32.8%。町村別では、黒松内町の「参加したい」（「是非参加したい」と「参加してもよい」の合算値）の割合がやや高い。



2 調査結果〔分析編〕

2.1 判定方法

表1の網掛けの選択肢を回答した場合、その項目に該当したとし、各項目番号に該当する数から、表2の該当基準のように判定した。

また、表2の該当基準Ⅰ～Ⅶの1つ以上に該当する回答者を総合事業対象者とした。ただし、該当基準Ⅰ～Ⅴ、Ⅶのいずれにも該当せず、Ⅵについても表1の「⑰物忘れが多いと感じますか」のみに該当する場合は、「認知機能低下」とはみなさないこととした。

表1 項目該当判定表

項目		選択肢			
①	バスや電車を使って1人で外出していますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
②	自分で食品・日用品の買物をしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
③	自分で預貯金の出し入れをしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
④	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ		
⑤	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ		
⑥	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
⑦	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
⑧	15分位続けて歩いていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない	
⑨	過去1年間に転んだ経験がありますか	何度もある	1度ある	ない	
⑩	転倒に対する不安は大きいですか	とても不安 である	やや不安で ある	あまり不安 でない	不安で ない
⑪	身長・体重	BMI ≤ 18.5 (※BMIが18.5以下の場合該当)			
⑫	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ		
⑬	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ		
⑭	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ		
⑮	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ		
⑯	週に1回以上は外出していますか	ほとんど外 出しない	週1回	週2～4回	週5回以 上
⑰	物忘れが多いと感じますか	はい	いいえ		
⑱	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ		
⑲	今日は何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ		
⑳	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい	いいえ		
㉑	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	はい	いいえ		

表2 該当基準

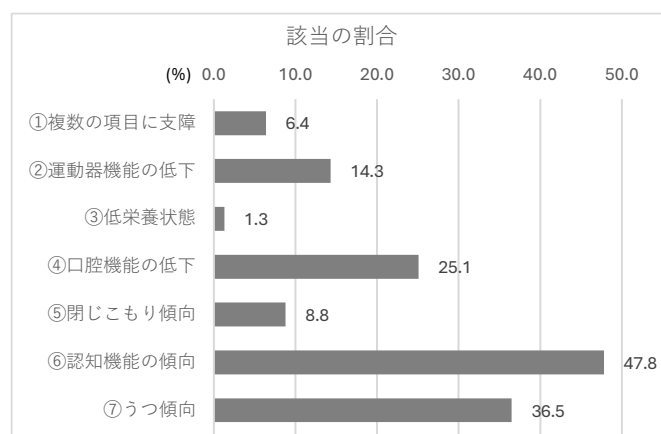
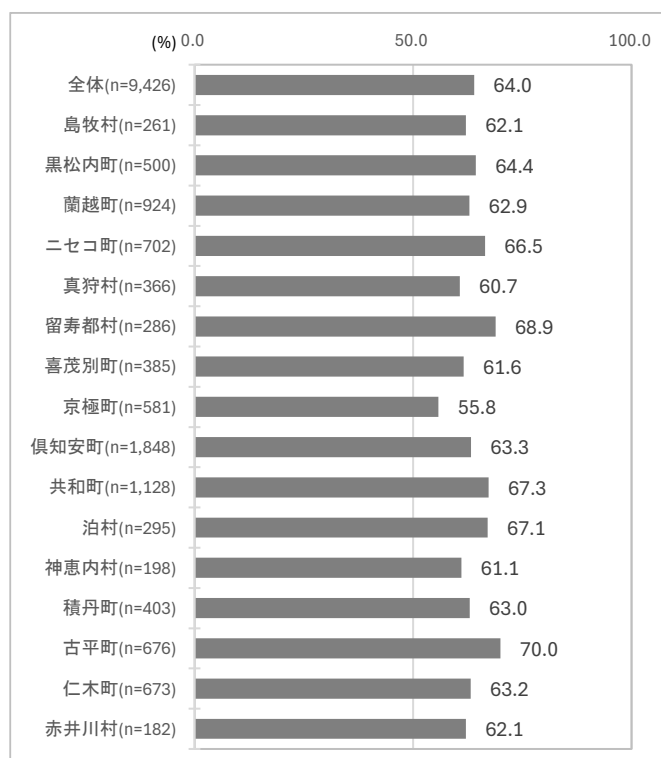
Ⅰ	No. ①～⑱までの19項目のうち10項目以上に該当	複数の項目に支障
Ⅱ	No. ⑥～⑱までの5項目のうち3項目以上に該当	運動器機能の低下
Ⅲ	No. ①～⑫の2項目すべてに該当	低栄養状態
Ⅳ	No. ⑬～⑮までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
Ⅴ	No. ⑯に該当	閉じこもり傾向
Ⅵ	No. ⑰～⑲の3項目のうち1項目以上に該当	認知機能の低下
Ⅶ	No. ⑳～㉑の2項目のうち1項目以上に該当	うつ傾向

2.2 判定結果

前述の判定基準に基づく分析の結果、64.0%が総合事業対象者に該当。

町村別に見ると、古平町がやや高く、京極町がやや低い。

各項目の該当率をみると、「複数の項目に支障」が6.4%、「運動器機能の低下」が14.3%、「低栄養状態」が1.3%、「口腔機能の低下」が25.1%、「閉じこもり傾向」が8.8%、「認知機能の低下」が47.8%、「うつ傾向」が36.5%。



2.3 該当基準に関する関係町村別の分析

① 複数の項目に支障

該当率は、島牧村が10.0%で最も多く、次いで留寿都村が9.1%。全体よりも該当率が高い町村は8町村。

② 運動器機能の低下

該当率は、島牧村が21.1%で最も多く、次いで神恵内村が18.7%、古平町が18.6%。全体よりも該当率が高い町村は7町村。

③ 低栄養状態

該当率は、黒松内町が2.4%と最も多く、次いで積丹町が2.0%、古平町が1.9%。全体よりも該当率が高い町村は8町村。

④ 口腔機能の低下

該当率は、神恵内村が29.8%で最も多く、次いで島牧村が27.6%、泊村が27.5%、黒松内町が27.4%。全体よりも該当率が高い町村は10町村。

⑤ 閉じこもり傾向

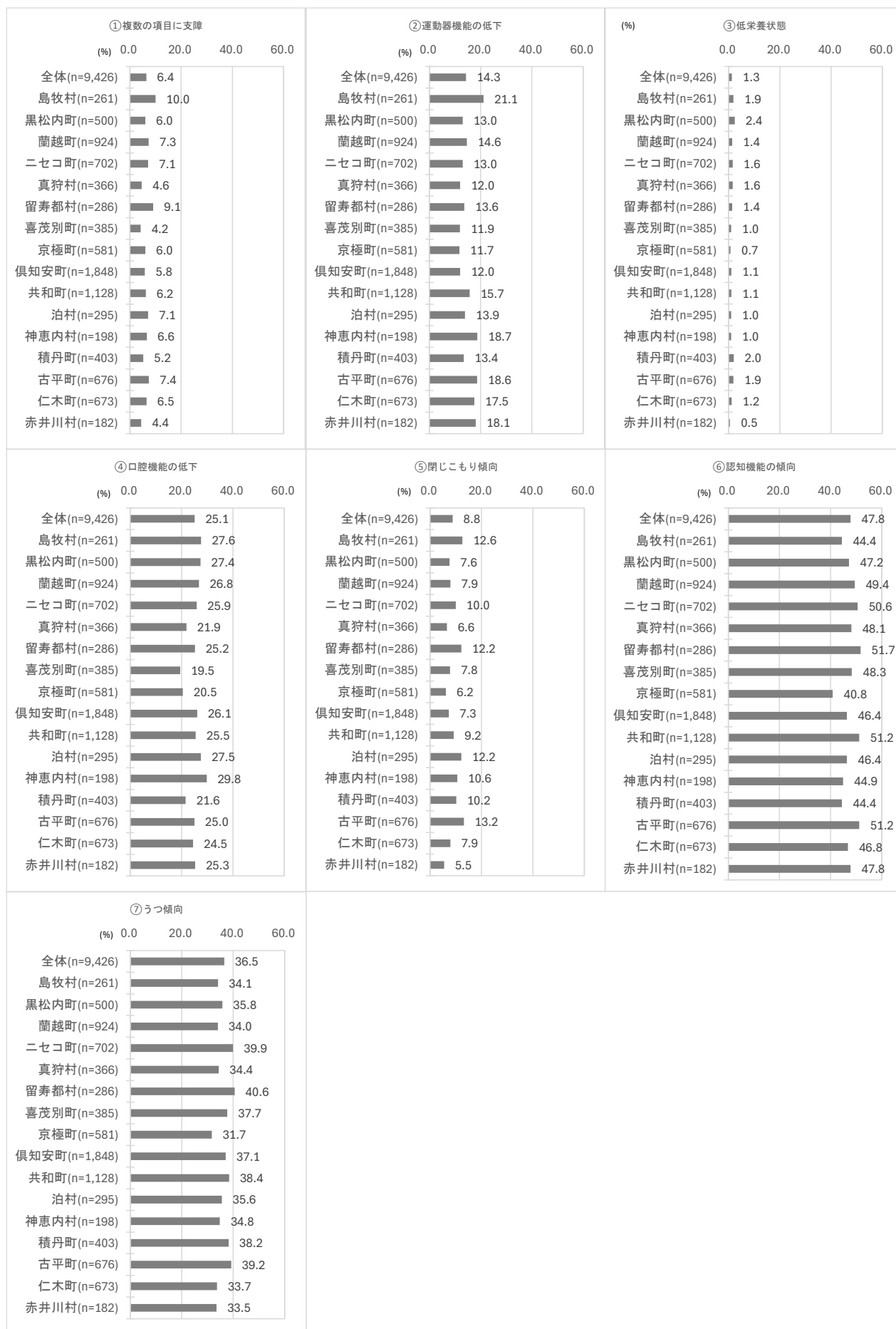
該当率は、古平町が13.2%で最も多く、次いで島牧村が12.6%。全体よりも該当率が高い町村は8町村。

⑥ 認知機能の低下

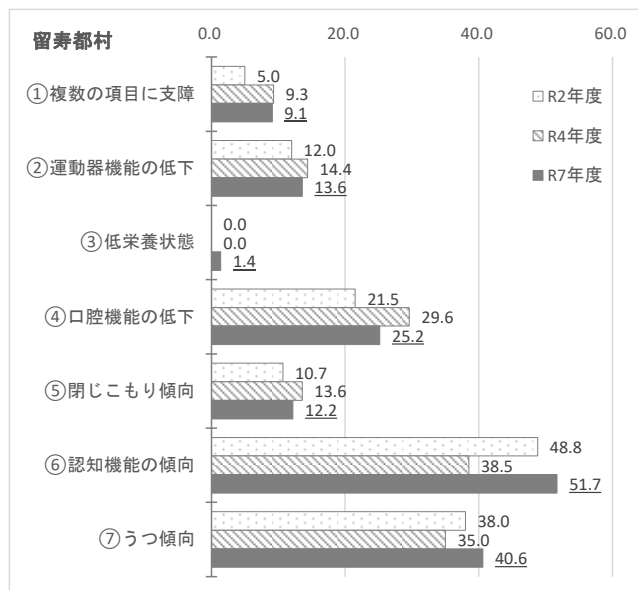
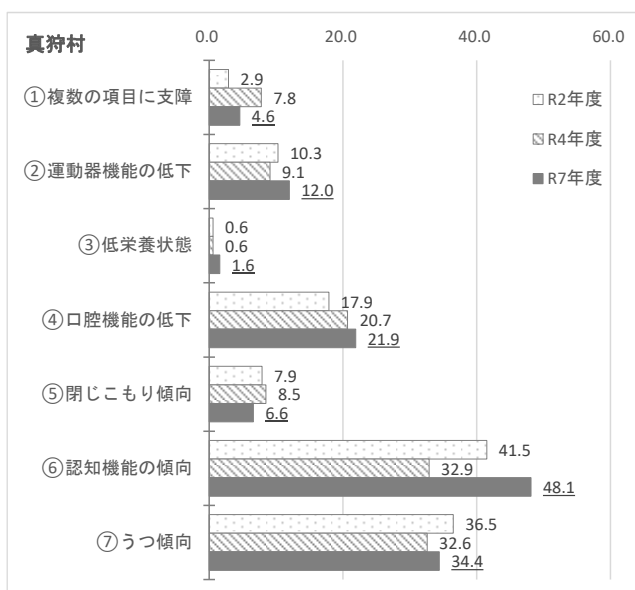
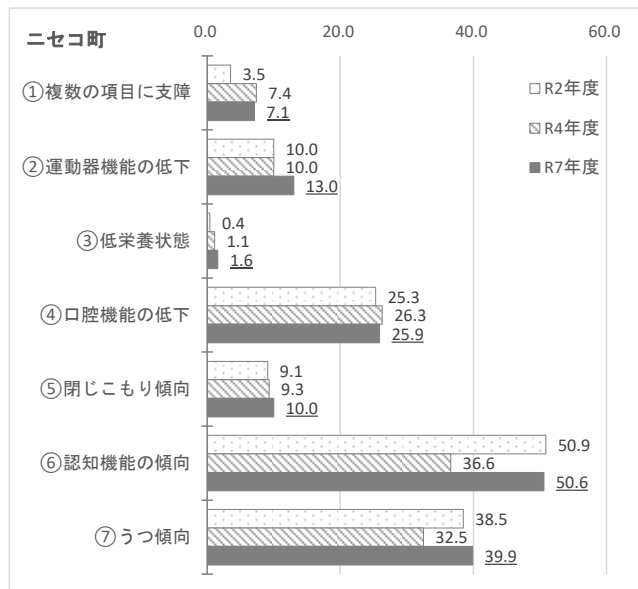
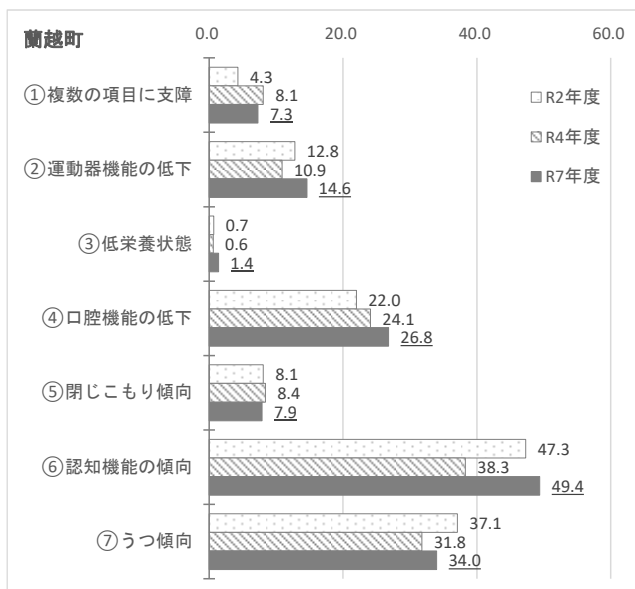
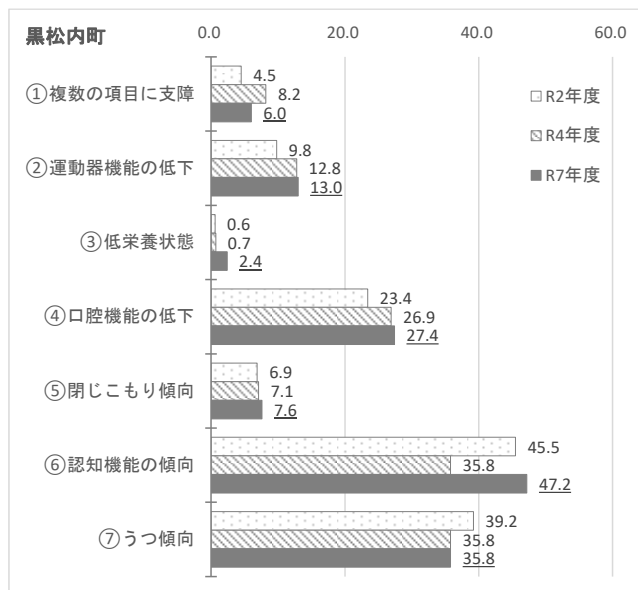
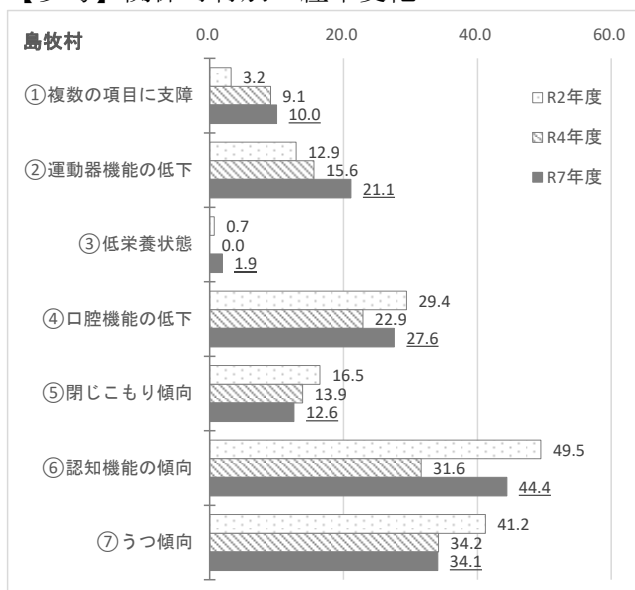
該当率は、留寿都村が51.7%で最も多く、次いで共和町・古平町が51.2%。全体よりも該当率が高い町村は7町村。

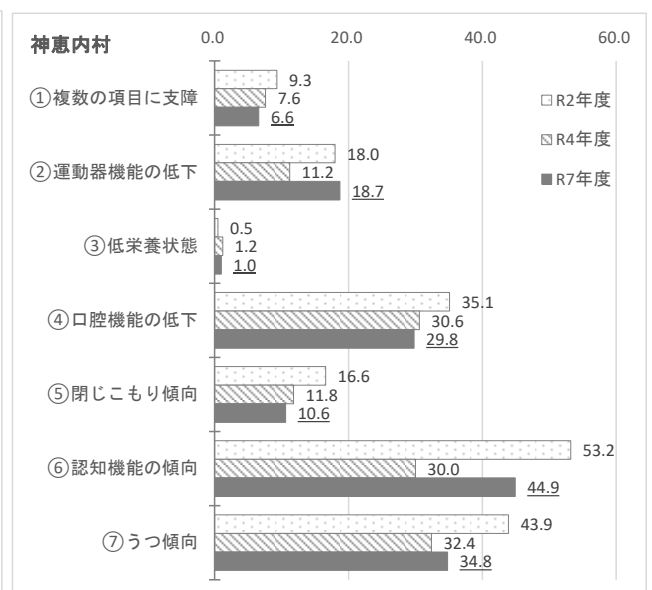
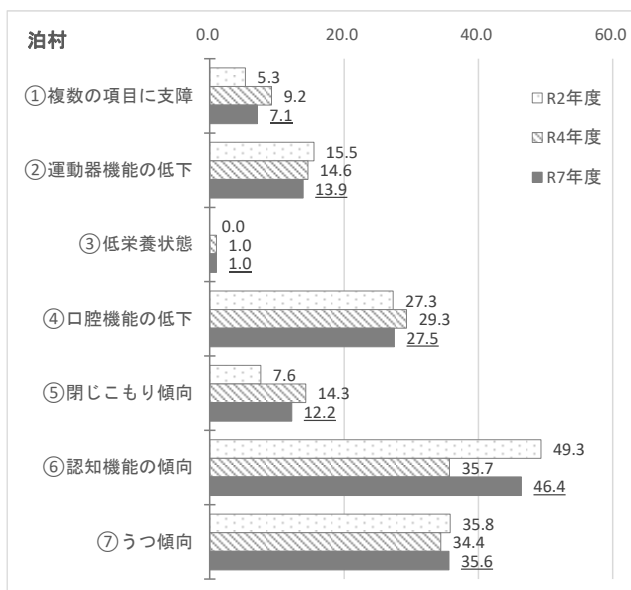
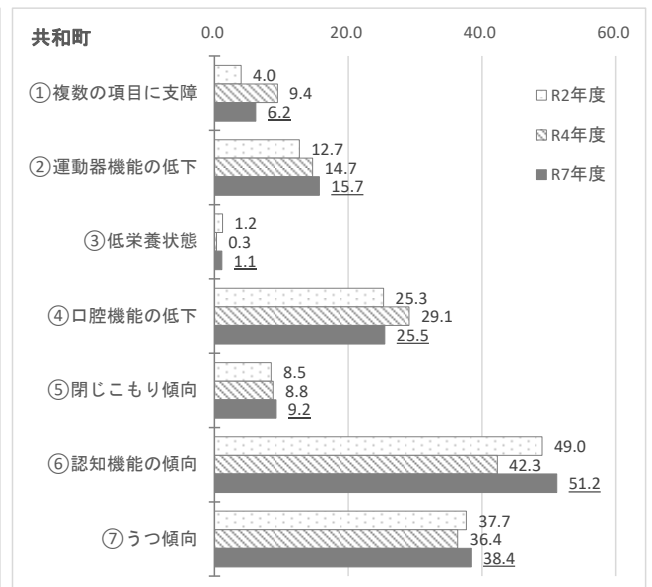
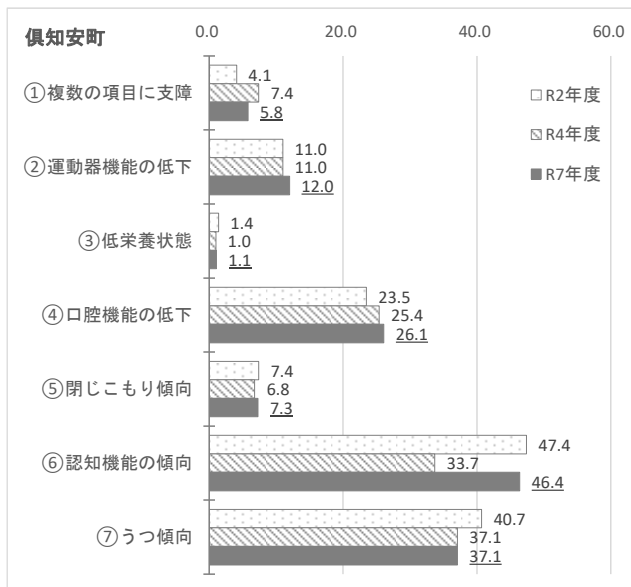
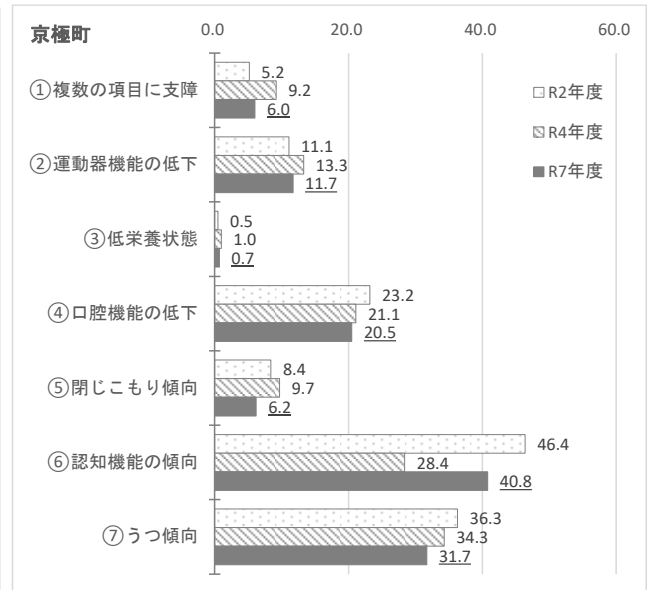
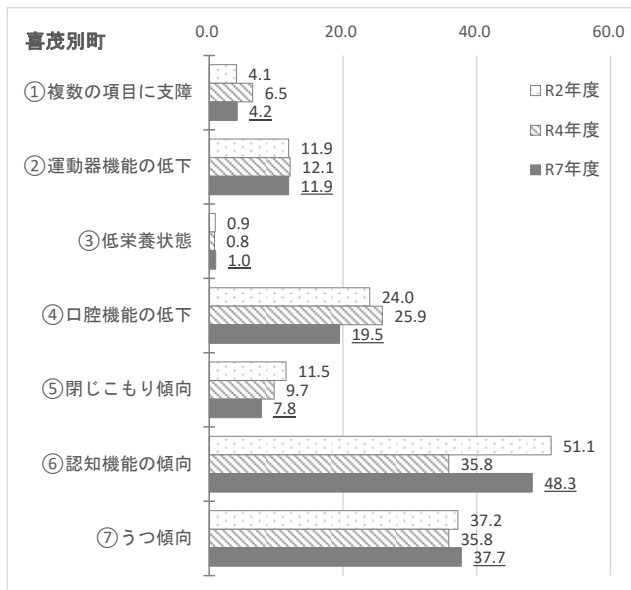
⑦ うつ傾向

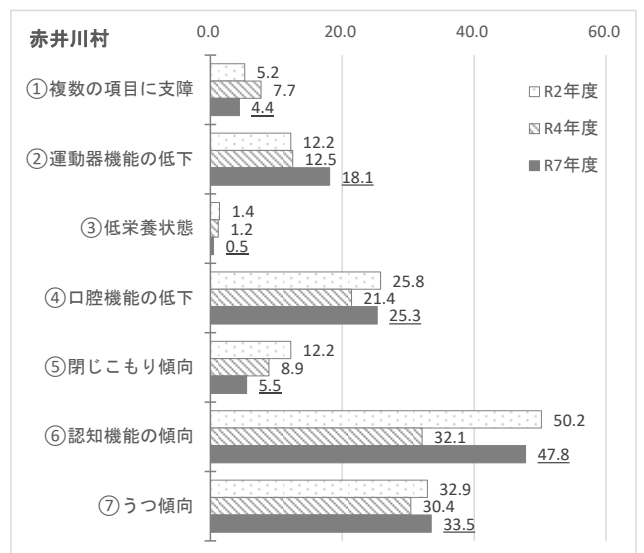
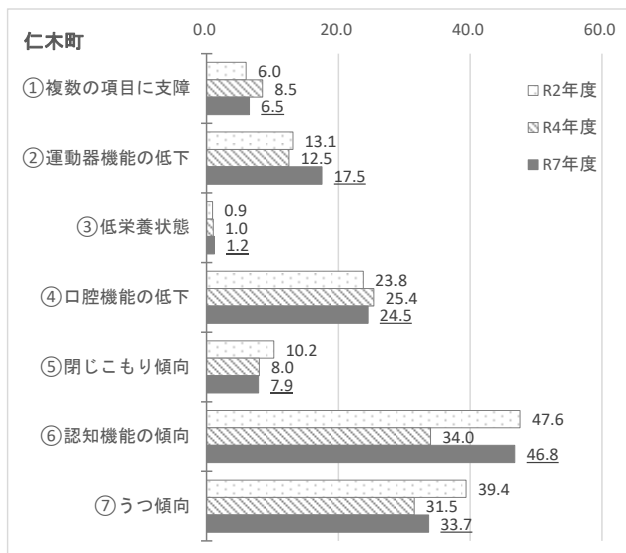
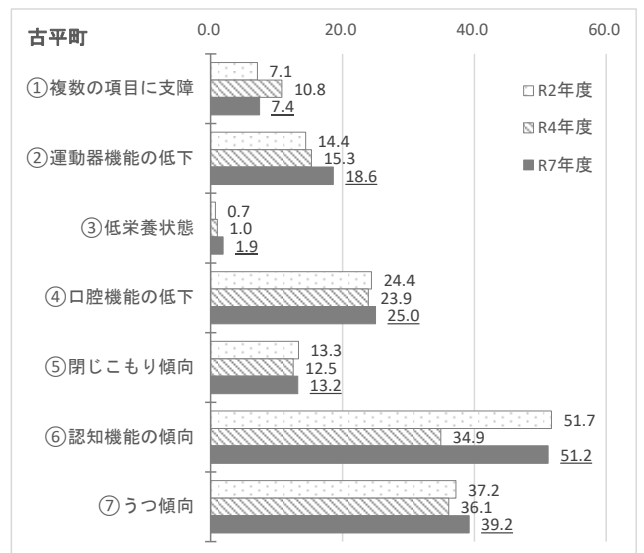
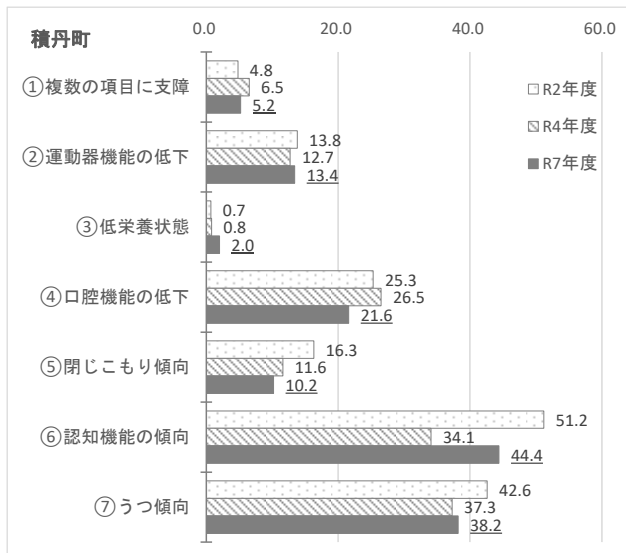
該当率は、留寿都村が40.6%で最も多く、次いでニセコ町が39.9%。全体よりも該当率が高い町村は7町村。



【参考】関係町村別の経年変化







Ⅲ 新在宅生活改善調査

1 主な結果

1.1 居所変更の理由

調査時点において自宅での生活維持が困難となっている利用者は全体の6.0%であり、推計では約75人に相当する。これらの利用者に対しては、在宅で支援を継続できる体制の整備や、安心して過ごせる居場所の確保が求められる。

生活維持が難しくなっている利用者の属性を見ると、その81.7%が要介護2以下であり、比較的軽度の状態であっても在宅生活に支障を来している者が半数以上を占めることが分かる。このことから、介護者の状況に即したケアマネジメントを行い、介護負担を軽減する在宅サービスの利用を促すとともに、家族等が仕事と介護を両立しやすい環境整備を進めることで、在宅生活の継続可能性を高められると考えられる。

1.2 生活の維持・改善に必要な支援・サービス

生活維持が困難となる理由のうち、本人の状態に起因するものとしては「必要な生活支援の発生・増大」が多く、家事や身の回りの支援が確保しにくくなっている状況がうかがえる。独居や夫婦のみの世帯が多い地域特性もあり、身近に支援者がいない場合には、軽度の段階から支援ニーズが顕在化しやすいことが示唆される。

本人の意向に関する理由では、「本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから」が多く、外部支援の導入に抵抗感を抱いている場合がある。自立的な生活を続けてきたという意識や、状態悪化を受け入れにくい心理が影響している可能性がある。

家族等介護者の意向・負担等に属する理由としては「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」が多く挙げられ、サービスを利用していても在宅介護の継続に不安を抱えている状況が読み取れる。

必要な支援内容を見ると、要介護度の変化に応じてニーズが置換される傾向がある。介護度が進むにつれ、調理支援が配食サービスへ移行するほか、「外出同行」や「移送サービス」は中軽度でのニーズが高い一方、重度では訪問系サービスや見守りが中心となる。特に「見守り・声かけ」は全ての段階で中核的な支援であり、家族等が近くにいない世帯では重要性が一層高まっている。

また、生活改善に必要な支援・サービスについて、住まいや施設への移行を伴わずとも改善が見込める利用者が52人（80.0%）存在しており、こうした利用者に適切なサービスを提供できる体制づくりが求められる。

1.3 在宅生活継続に向けた課題と方向性

在宅生活が難しくなる背景には、生活支援の増大や認知症症状の進行、介護者の負担の蓄積が複合的に影響している。日常生活を送るうえで必要となる家事援助や

見守りといった支援が増大する一方、本人の心身状態の変化によって自立度が低下し、従来の支援体制では十分に対応できなくなる場合がある。また、認知症の進行に伴って判断力や生活管理能力が低下すると、従来以上に細やかな支援や安全確保が求められ、家族等介護者の負担はさらに高まる傾向にある。介護者自身も高齢化しているケースが少なくなく、心身の疲労や将来への不安が生活の継続を難しくする要因となっている。

こうした課題に対応するためには、まず介護者の状況を丁寧に把握したうえで、在宅サービスに関する情報提供を充実させ、必要なサービスを適切に利用できるよう支援することが不可欠である。生活支援や認知症ケアの専門的サービスを効果的に組み合わせることで、介護者の負担軽減と本人の生活の質の維持が期待できる。また、家族等が抱く介護と就労の両立に関する不安を軽減するためには、柔軟なサービス利用や相談体制の確保、地域全体で支える仕組みづくりが重要となる。これらの環境整備を進めることで、在宅生活の継続可能性を高め、住み慣れた地域で暮らし続けられる体制の構築につながると考えられる。

Ⅳ 居所変更実態調査

1 主な結果

1.1 居所変更の実態

全体では死亡よりも居所変更の割合（62.1%）が高く、住み慣れた施設で最期まで過ごせず、別の医療機関等へ移らざるを得ないケースが一定数見られた。これは地域における「看取りの場」の整備状況や、施設ごとの医療提供体制の差異が影響していると考えられる。特に以下のような複数の要因が積み重なり、結果として住み替えが必要となるケースが増加していると考えられる。

- ・医療ニーズ増大に対する施設側の対応限界

急変時対応や終末期医療への対応が困難で、病院への移送が必要になるケース。

- ・看取り機能の整備状況の差異

看取りケアの経験や体制が事業所間で大きく異なり、看取りを受け入れやすい施設とそうではない施設の差が生じている。

- ・家族の意向

最期は医療機関で迎えたいという家族の希望により施設での看取りが選択されにくい場合。

- ・人員配置の制約

夜間帯の医療連携不足や、医療職の配置が少ないサービス種別では、看取りに踏み切りにくい。

サービス種別別の結果では介護医療院（96.5%）や特別養護老人ホーム（57.7%）では死亡割合が高く、医療提供体制が整備されている施設ほど看取りまで完結しやすい構造が明確に現れている。一方で、老健など在宅復帰機能を持つ施設では死亡割合が21.1%に留まっており、本来の機能を反映した結果といえる。

1.2 居所変更の実態（入居・入所と退去・退所の流れ）

グループホームでは特養への移動が最も多いことから、認知症高齢者の状態悪化や身体介護負担の増加により、より手厚い介護体制が求められるケースが一定数存在すると推察される。夜間・緊急時対応や医療連携の限界が病院移行の要因となりうる。自宅への移動が30%と比較的多い点は、家族の介護力や地域支援体制に支えられた「在宅回帰」の動きによるものと推察できる。

特定施設では医療的ケアの必要性が高まった際に、病院への移動に大きく依存している構造が明確である。特定施設の医療連携力・夜間看護のカバー範囲が限られることが背景にある。他の介護系住まいへの水平移動（サ高住等）は少数で、急性期対応の必要性が転居の主因と推測される。訪問診療・訪問看護との連携強化が進

めば、急性期医療への移行を減らすことができる可能性がある。

老健（介護老人保健施設）は在宅復帰を目的とした施設であり、約4割が自宅へ戻っている点は機能が発揮されていることを示す。一方で、病院への移動が約半数（48.4%）を占めており、リハビリ提供の限界や医療的急変への対応課題も示唆される。在宅復帰後の再入所・再入院を抑えるには、退所前後の切れ目ない支援が鍵となる。

介護医療院では基本的に長期療養・看取りを担う施設であり、医療的ケアの必要度が高いため、入院以外の移動が発生しないことは自然な傾向にある。院内で対応しきれない高度処置が要因と考えられる。ただし、病状急変時の対応体制の在り方については引き続き検討が必要となる。

特養では介護医療院と同様に長期療養・看取りを担う施設であり、医療的ケアの必要度が高いため、入院以外の移動が発生しない。急変時には病院移行が相応に発生する。特養から特養への水平移動（7.7%）は、待機・空である床調整、家族の居住地に近い施設への移動等の運用上要因が示唆される。こちらも病状急変時の対応体制の在り方については引き続き検討が必要になる。

地密特養では小規模で看取り対応を行う体制には限界があり、医療的急変時には病院対応が中心となる構造が明確となった。

全体的に病院・診療所への移動が突出して多い傾向にある。つまり医療的ケア・急変対応が居所変更の主要因である可能性が高く、施設内の急変予防と緊急時対応力が鍵となる。今後は訪問診療・訪問看護の強化、施設内の看護職員増員や夜間対応力の向上、他機関との連携強化などが求められると考える。

1.3 居所変更の実態（要支援・要介護度）

要介護3～4の比重が高くなる背景として、要介護3～4は身体介護量が増大、医療的ケアの頻度が増加、認知症の進行に伴う生活支援の複雑化などが重なるため、施設によっては対応が難しくなるケースが一定数生じることが考えられる。

老健を除いた集計において要介護2以下の居所変更率は、比較的軽度の利用者が生活を継続できずに移動を余儀なくされた割合を示す。施設機能の底上げや地域医療連携のあり方を考える上で重要な指標となる。今回の結果では10.1%と比較的低い割合になっており、地域の生活継続支援の最低ラインは確保できていると考える。

また施設における死亡率は59.7%で多くの施設で看取り機能が一定割合発揮されていると考える。特に特養・介護医療院では死亡割合が高く、最期まで同じ場所で暮らしていくことができる体制が整っていると言える。と考える。

サービス種別ごとの傾向を見ると、グループホームでは要介護3～4に居所変更が多く、医療的ケアの不足が限界点になっている可能性がある。認知症ケアに身体・医療ニーズが重なった際、夜間・緊急対応の限界や特養等へのステップアップが必要になりやすい。

特定施設では軽度（要支援1・要介護1～2）の利用者が一定数いる一方で、要介護5も25%となっている。医療連携・夜間看護のカバー範囲を超えると病院依存が強くなる構造と推察される。

介護医療院では死亡の割合が高くなっている。医療ケアが必要な入居者が多く、看取り対応が標準的に行われている。居所変更はごく少数（要介護1と5が各1件）で、例外的な急変に伴う移動が中心であると考ええる。

特養では要介護3～5と死亡が多い。看取り機能が一定割合発揮されているが、医療ケアの高度化には課題があり、重度者の生活継続の限界点は要介護4～5にある可能性が考えられる。看取り体制を持ちながらも急変時には病院移行が一定発生する介護度構成となっている。

地密特養では要介護3～4と死亡で居所変更が発生している。施設の規模が小さいことから看取りや医療ケアに限界が生じている可能性がある。居所変更は中～重度のみ（要介護3～5）生じており、施設規模・夜間医療の限界が急変時の病院移行につながりやすいと考える。

地域として読み取れる構造的課題として医療的ケアが限界点を形成していることが考えられる。特養と介護医療院は死亡率が高い一方でGH・特定施設は病院移動が多いことから医療連携力に格差が生じており、地域内の連携強化が求められると考える。

1.4 居所変更の理由

地域全体の生活継続の臨界点は医療対応力が主な要因となっており、次点で介護量の増大・認知症の悪化が続く。

サービス種別ごとの傾向を見ると、グループホームでは医療的ケアと認知症の症状の悪化が上位にある。これは認知症の症状の悪化に伴う医療的介入の必要性が高まり、訪問診療・訪問介護のカバー不足や夜間の急変対応の限界が要因となり居所変更に直結している可能性がある。

特定施設ではサンプルが少ないものの医療的ケアと認知症の悪化が上位であった。

老健では医療的ケアとその他の状態像の変化が66.7%、状態の改善が33.3%と続く。医療ニーズの高まりによる居所変更とリハビリ効果による在宅回帰の2つが影響していると考えられる。老健の機能である在宅復帰を反映する一方、急変対応力の限界も示唆される。定施設ではサンプルが少ないものの医療的ケアと認知症の悪化が上位であった。

介護医療院では医療対応力が高いが医療的ケアも居所変更の理由に挙げられている。急性期化時に高度検査・治療が必要となると短期的な病院移行を選ぶ場面があると考えられる

特養では医療的ケアによる居所変更の割合が高い。看取り機能を発揮しつつも、急変時には医療移行が主な要因となっており、外部資源の活用度が重要となってくる。

地密特養では医療的ケアが100%となっている。これは小規模ゆえの夜間・医療対応の限界が、急変時の病院依存を高めやすい構造になっている。

医療ニーズの増大が最上位であることは、居所変更の行き先で病院・診療所の割合が高くなるという結果と整合性がある。地域における生活継続の限界点が医療対応力にあることを示唆している。医療的急変・医療的ケア需要の上昇が、居所変更の主な要因となっている。身体介護量の増大・認知症の悪化が次点に位置しており、GHから特養、特定から老健や病院、特養から病院や他特養など、ステップアップもしくは医療移行のルートが現実的に選ばれている。また自由記述では、医療的ケア・処置の必要性の増大が最も多く、看取り・延命の選好および急性増悪からの入院・入院先での死亡に関する記述も次点で多かった。介護量の増大・認知症の悪化が複合することで、特に夜間帯の医療・看護連携の限界が生活継続の臨界点となっている実態が示唆された。また、短期入所から併設特養への移行といった制度運用上の移動も一定数見られた。

1.5 各施設系・居住系サービスの医療処置

グループホームや特定施設では対応できる医療処置が限られており、点滴・吸引・経管栄養・酸素管理など、医療的ケアの必要性が高まった際には生活の継続が困難となる構造が見受けられた。一方、特養・老健・介護医療院では受け入れ可能な医療処置の種類が多く、特に介護医療院は中心静脈栄養や気管切開管理を含む高度医療ニーズにも対応していることから、医療的ケアを必要とする利用者の受け皿としての機能が強いことが確認された。また医療的ケアの必要性増大が居所変更の主要因となっている点と照らし合わせると、施設ごとの医療処置対応力の差が居所変更発生 of 構造的背景となっていることが分かる。特に夜間の医療対応や吸引回数など実際の運用面のハードルが、医療的ケアへの対応上の限界点となっている可能性がある。さらに、経管栄養・喀痰吸引・酸素療法など慢性疾患悪化や終末期に必要となる医療ケアへの対応力が施設間で異なることは、最期まで住み続けられる場所への影響が大きい。特養および介護医療院で看取り率が高い背景には、こうした医療処置への受入体制の厚さが一因と考えられる。

総じて、地域における生活継続支援を強化するためには、医療処置に関する対応範囲の明確化と可視化、訪問診療・訪問看護との連携による医療的ケアの充実、夜間対応力の向上と医療機関連携の標準化が求められると考える。特に医療ニーズの増大が居所変更の最大要因であることから、施設単独ではなく地域全体で医療ケアを支える仕組みの構築が重要な課題といえる。

V 介護人材実態調査

1 主な結果

1.1 介護人材の現状

各サービス系統ともに「介護福祉士」の割合が最も高く、次点で「介護職員初任者研修修了等」が続いていた。これは業務を遂行する上で初任者研修の受講割合は高くなるが、費用や時間負担の大きさ、人手不足等が要因となり実務者研修の取得率が伸びていないと推察される。

年齢別資格保有の状況について、60歳～70歳代は介護福祉士の有資格者が40～50%を占める一方で実務者研修修了が10%未満、初任者研修修了が40%弱となっていたが、これは介護福祉士制度の変遷と経験年数により実務者研修ではなく介護福祉士を中心にキャリア形成を行ってきた世代であることが考察できる。30歳～50歳代の職員は介護福祉士の有資格者が80%近くを占めていた。これは現場の中心的役割を担う年代であり、処遇や評価の観点から介護福祉士の取得が進んだ結果、資格構成が介護福祉士に集中していると推測される。20歳未満～20歳代の職員は介護福祉士の有資格者が30%弱となっているものの、介護職としてのキャリア形成はまだ初期段階にあり、資格取得前の職員の割合も高くなっている。今後の育成や資格取得支援の対象となる層であると言える。

訪問系・通所系では常勤職員が60%、非常勤職員が40%程度となっており、施設・居住系では常勤職員が80%、非常勤職員が20%程度となっていた。この違いはサービス提供形態の差により生じていると推測される。施設・居住系は24時間体制・夜勤が不可欠となるため常勤職員が中心になっている。

性別・年齢別の雇用形態の構成比では40歳～50歳代の女性常勤職員が多く、次点で20歳代の女性常勤職員、40歳代の男性常勤職員と続く。年齢階層により男女構成に差が見られ、男性は若中年層、女性は中高年層の比重が高くなっている。

職員1人あたりの1週間の勤務時間について、いずれのサービス系統においても勤務時間に差は生じておらず、限られた人数で業務へ対応していることが推測される。

訪問系・通所系では日中中心のサービス提供である点や、地域密着型で曜日や時間単位の柔軟な勤務が可能であることから、家庭と仕事の両立ニーズが強い年齢層が中心となっており、地域内での採用が多くなっている。また、利用者の時間帯に合わせて人員を調整するなど、非常勤を受け入れやすいサービス構造であることが常勤職員と非常勤職員の割合差を小さくしている。

施設・居住系では24時間体制・夜勤を含む連続的な生活支援が求められることから常勤職員を中心とした人員配置になる。また身体介護を中心とした業務内容から体力的に対応できる20代の若年層が多く、加えて広域的な新卒採用の体制が構築されている点から若年層と常勤職員の割合が高くなり、非常勤職員の割合が相対的に低くなっている。

いずれのサービス類型においても採用者数と離職者数に大きな差はみられなかった。このことから新規拡充を目的とする採用よりも、離職に伴う人員補充が中心となっていると推測される。介護分野における慢性的な人材不足もこの補充型採用の傾向と一致している。

中途採用についてみると、訪問系・通所系では前職が同一市区町村内である職員の割合が高くなっていた。訪問系サービスは利用者宅を巡回する地域密着型の働き方であり、地理的な把握や移動効率が求められること、また通所系も短時間勤務や家庭との両立ニーズから生活圏内での就業を希望する職員が多いことから、地域内での採用が中心となっていると考えられる。

一方で施設・居住系では前職が他市区町村にある割合が高く、域外からの流入が多いことが確認された。施設・居住系は24時間体制での運営や夜勤対応など、常勤職員を中心とした人員配置が必要であり、比較的規模の大きい法人による広域的な採用活動が行われやすい傾向がある。また、常勤雇用による収入・処遇の安定性やキャリアパスを求める求職者が市区町村外から応募しやすいことも、域外からの入職者が多くなる背景として挙げられる。

1.2 訪問介護のサービス提供時間

介護給付では身体介護の提供が中心となるが、その提供構造はサービス類型により大きく異なる。

小多機・看多機・定期巡回は生活援助が88.2%と高比率となっていた。小多機・看多機・定期巡回では通い・泊まりと訪問を一体的に提供する複合型サービスのため、身体介護の多くが通い・泊まりなど訪問介護以外の機能で実施され、訪問時は見守りや安否確認など軽微な生活援助が主となっていると推察される。

介護給付における上記以外の訪問系サービスでは身体介護が54.1%を占める。これは訪問サービスのため身体介護を訪問時に完結させる必要があり、結果として身体介護比率が高くなっている。

一方で予防給付・総合事業では生活援助が93.3%と大半を占め、身体介護は6.7%に留まっていた。予防給付・総合事業の訪問系サービスが生活援助中心の制度設計となっているため、身体能力が比較的保たれた要支援者が対象となり、身体介護の提供は必要最小限に留まることから、身体介護の提供時間は生活援助より短くなる傾向が読み取れる。

年齢別のサービス提供時間を見てみると、介護給付における生活援助の提供割合は20歳代が、身体介護の提供割合は50歳代が最も高くなっている。予防給付・総合事業における生活援助の提供割合は20～40歳代が、身体介護の提供割合は60歳代が最も高くなっている。このことから身体介護が中年層（50～60歳代）に依存している現在の構造が将来的に持続困難となる可能性を示唆している。一方で20～40歳代の職員は生活援助の比重が高く、身体介護の経験や技能が十分に蓄積されにくい構造にある。このまま年齢構成が推移した場合、将来的に身体介護を担う人材が不足

するリスクが高いと考えられる。

以上より、介護現場の今後の課題としては以下の内容が挙げられる。

- ① 若年層・生活援助中心層への身体介護スキルの強化
- ② 高齢職員の身体的負担を軽減する機器・設備の導入
- ③ サービス系統ごとの人材確保戦略の再構築

とりわけ身体介護の担い手不足は中長期的な最重要課題となるため、計画的な技能継承と業務効率化の両面から持続可能な体制整備を図っていくことが不可欠であると考えられる。