



介護現場の現状と課題

令和7年度オストメイト冬期中央講演会

兵庫県介護福祉士会
会長 丸田 守

介護職員は「足りない」のに 「減ってきている」

- ➡ 2025年現在、日本の介護業界は深刻な人手不足になっています。
- ➡ 厚生労働省の推計では、全国に必要な介護職員は2022年時点で約215万人だったのが、2026年にはそれが240万人、2040年には272万人に達すると見込まれています。
- ➡ 18年間で約60万人が必要。つまり毎年3万人以上の人材が新たに必要で、増やすのが不可能に近い計算となっています。

介護職員の不足は日本全国で深刻な課題となっている

年度	必要な介護職員数	現状の職員数 (推定)	不足人数(推定)
2025年度	約245万人	約211万人	約34万人不足
2026年度	約240万人	約215万人	約25万人不足
2040年度	約272万人	増加ペース次第	約57万人不足



都道府県別の不足状況 (2025年時点の例)

- ➡ 東京都：約34,600人不足
 - ➡ 大阪府：約34,400人不足
 - ➡ 千葉県：約28,300人不足
 - ➡ 京都府：約11,100人不足
 - ➡ 福島県：約10,700人不足
 - ➡ 兵庫県：約22,500人不足
- ※都市部ほど不足が深刻です

制度が始まって以降、初めての職員減少

- ▶ 2023年度の介護職員の数は前年度2022年から2・8万人減の約212・6万人となり、2000年以降で初めて減少に転じてしまいました。
- ▶ 必要人数は増える一方で、現実の職員数は減っている。「足りないのに減っている」という状況となっています。

ここ数年の介護従事者数は

年度	介護職員数 (万人)	前年比の増減	備考
2019年度	約210万人	+	増加傾向のピーク
2020年度	約212万人	+2万人	コロナ禍でも増加
2021年度	約215万人	+3万人	処遇改善の影響あり
2022年度	約215.4万人	±0	横ばい
2023年度	約212.6万人	-2.8万人	初の前年割れ



兵庫県内の介護福祉士の 登録者数は

➡ 最新の統計によると60,770人です。

※公益財団法人 社会福祉振興・試験センターが公表している都道府県別の登録者数に基づいています。



実際に兵庫県内で介護職員として働いている介護福祉士の人数は

➡ 最新の統計

- ➡ (令和5年 = 2023年10月1日時点)によると、約45,000人前後と推定されています。



最新の介護従事者数

- ▶ 約92,000人と報告されています。
(令和5年=2023年10月1日時点)

介護職員全体の中での割合

- ▶ 兵庫県の介護従事者数は約88,000人規模とされており、そのうち介護福祉士は約50～55%を占めていると推定
- ▶ 施設種別では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設での割合が高い。

※出典：兵庫県公式サイトでの福祉・介護従事者数等調査(令和元年)



兵庫県では、2040年までに介護職員を約3.5万人増加させる必要がある

- 2020年時点の介護職員数：約88,000人（県独自調査による従事者数）
- 2040年の必要数：約123,000人（推計）
- 増加幅：約35,000人

※この推計は、兵庫県が策定した「第9期介護保険事業支援計画」に基づいており、高齢者人口の増加や認知症高齢者の増加（2040年には約37万～44万人）を背景にしています。



国の対策

- ➡ 処遇改善（給与アップなど）
- ➡ 離職防止・定着支援
- ➡ 外国人材の受け入れ強化
- ➡ 高齢者や未経験者の参入支援

人材確保のための取り組み

兵庫県はこの人材不足に対応するため、以下のような施策を進めています：

- 介護ロボット・ICTの導入：介護の生産性を5%向上させ、約6,000人分の業務を効率化
- 処遇改善・定着支援：給与や職場環境の改善による離職防止
- 外国人材の受け入れ強化：特定技能や留学生支援による人材層の拡充
- 介護助手（ひょうごケア・アシスタント）制度：地域住民の参加による補助的支援

介護職員減少等の傾向と背景

- ➡ **2023年度の減少**は、介護保険制度開始以来初めてのこと。
- ➡ 特に「訪問系」「通所系」「入所系」など主要サービスで職員数が減少。
- ➡ 離職率の高さや待遇面の課題、若年層の介護職離れが影響。
- ➡ 一方で「雇用動向調査」では入職者数は増加しており、統計の取り方による差もある。

高齡化する訪問介護の支え手

- 介護業界の人手不足は、特に「訪問介護」の現場において深刻さを極めています。2023年、施設職員の有効求人倍率が3.2倍だったのに対し、訪問介護のヘルパーは15.5倍。これは、求職者一人に対して15件以上の求人があるということの意味します。

訪問介護の難しさ

- ▶ ヘルパーは利用者の自宅で、そして多くの場合、家族の目の前でケアを提供しなければならないことになります。その結果、「もっとやってほしい」「そこまでやるのが当然」といった家族からの過剰な期待。いわば介護現場におけるカスタマーハラスメントを受けることも少なくないとも言われている。

訪問介護の危機

- ▶ 人手不足というレベル感ではもはやなく、業界として破綻寸前といっても過言ではないのです。なぜ、訪問介護がこれほどまでに敬遠されるのか。その理由は単純で、肉体的な過酷さと、「精神的なプレッシャー」があるとも思われます。

訪問介護員の高齢化

- さらに、訪問介護を担うヘルパー自身が高齢化しているという問題もあります。2023年の調査では、訪問介護員の平均年齢は54.4歳、65歳以上が全体の25%を占めます。

訪問介護員の高齢化

- なかには70代で現役のヘルパーも少なくない実情があります。ここにもDX/ICT化が進まない直接的原因があります。

IT化・ICT化と言っても

- ▶ 対象は「見守り機器」
- ▶ 「介護記録の電子化」
- ▶ 「職員間のインカム」

いわゆる「介護ICT三種の神器」です。制度上は、導入すれば報酬が上がる。でも、現場でそれを使えるかどうかは別問題です。

導入の実態は

▶ たとえば「見守り機器」。

安価なカメラ式機器が多く導入されましたが、視野が限られたり、アラートが頻発して対応業務が激増したり、結局使い物にならなかつた例も多く、実際には倉庫に眠っているという話を複数聞いたことがあります。

介護のICT化

- ▶ 人手不足の介護現場を救う切り札として、国が旗を振って進めてきたのが「介護ICT化」です。2024年4月、厚生労働省は介護報酬改定で「生産性向上推進体制加算」を新設し、ICT機器を導入した介護施設には月ごとに報酬を加算する制度を設けました。

新しいものの操作が難しい (受け入れ拒否感が強い)

- ▶ 記録アプリも、「高齢の訪問ヘルパーには操作が難しく、入力せず紙に戻った」などの声があとを絶ちません。インカムについてはもっと極端で、ある施設ではWi-Fi環境すら整っていないのにインカムだけが先に導入され、スタッフは常時身につけさせられたものの、実際の連絡はこれまで通りPHS等という笑うに笑えない事例もありました。

事業ごとの現場状況等に合わしてくれないと

- I TやI C T技術が悪いわけではないのですが、ただ、「制度のための導入」が先行し、「現場で使える設計」が追いついていない。本当に現場に役立てるには、導入後の教育やフォローアップ、そして高齢の職員にも使えるようなシンプルな設計思想が不可欠だと思われます。でなければ、どれだけ機器を導入しても、それは倉庫に眠る宝の持ち腐れになってしまいます。また施設の環境や在宅サービス事業ごとの違いの理解も必要だと思います。

介護保険事業者の現場では

少子高齢化や他の産業との給与格差等が問題になってきている。また、物価高の影響と最低賃金の引上げがあるのに、介護保険では3年に1度の報酬改定の為、事業所の負担は増すばかり。さらに倒産廃業の事業所が増えるかも・・・

倒産と廃業する事業者

- ▶ 介護報酬は長期的に下がり続け、経営の苦しい事業者が次々と倒産しています。2024年には過去最多の784件の介護事業者が廃業し、その多くはスタッフ数人の小規模事業所とされています。現場では「人が足りないからサービスの質を下げる」のか、「質を維持するために経営破綻するか」の二択に追い込まれています。

外国人介護職員数は

- 兵庫県内の外国人介護職員数は、約1,400人と推定されています（令和元年度時点）

※これは兵庫県が実施した「福祉・介護従事者数等調査」に基づくもので、県内の介護保険・障害福祉サービス事業所からの回答を集計した結果です



内訳と特徴 (令和元年度調査より)

- 外国人介護職員数：1,400人前後
- 主な出身国：ベトナム、フィリピン、インドネシア、中国など
- 在留資格の種類：技能実習、特定技能1号、留学生（介護福祉士養成校在籍）、EPA（経済連携協定）による介護福祉士候補者

今後の見通し

兵庫県では、2040年までに介護職員を約3.5万人増やす必要があるとされており、外国人材の活用は不可欠です。そのため、県は以下のような支援策を進めています。

- 日本語教育支援
- 生活・文化適応支援
- 介護福祉士資格取得支援
- 外国人向けの相談窓口の設置

医療的ケアとは？

- 介護職の「医療的ケア制度」とは、介護職員が一定の条件を満たすことで、医師や看護師でなくても特定の医療的ケアを実施できるようにする制度です。これは、医療職の人手不足や高齢化社会の進展対応するために整備されたものです。

医療的ケアとは？

■ 介護職が一定の研修を受けることで、以下のような医療的ケアを行うことが認められています

- ・ たんの吸引
- ・ 経管栄養（胃ろう・腸ろうなど）

これらは「認定特定行為業務従事者研修（医療的ケア研修）」を修了した介護職のみが実施可能です。

兵庫県の介護職員数と推計

- 医療的ケア研修修了者の割合（全国平均）：約10～15%
- 兵庫県内の推計修了者数：約8,000～13,000人

※これはあくまで推計値ですが、兵庫県は医療的ケア研修の普及に積極的ですが、介護現場での実施体制も整うようすすめていられましたが・・・



医療的ケアの課題

兵庫県内で介護職員が医療的ケア（たんの吸引・経管栄養など）を研修・実施・継続していくためには、いくつかの構造的な課題がある。



研修制度に関する課題

- 研修の受講機会が限られている

地域によっては研修開催数が少なく、特に地方部ではアクセスが困難な場合があります。

- 費用負担が重い

医療的ケア研修は数万円かかることがあり、個人負担や事業所負担がネックになることも。

- 指導者不足

医療的ケア教員講習会の受講者が限られており、現場で指導できる看護師や指導者が不足している。



実施・現場運用の課題

- 医師との連携体制が必要

医療的ケアを行うには、医師の指示書や協力医療機関との連携が必須。これが整っていない施設では実施が難しい。

- 責任の所在が曖昧になりがち

医療行為に近いケアであるため、事故時の責任や対応体制が不明確な場合がある。

- 職員の心理的ハードル

医療的ケアに対する不安や抵抗感があり、研修を受けても実施に踏み切れないケースも。

継続・定着の課題

- スキルの維持が難しい

実施頻度が少ないと技術が定着せず、研修後も継続的なフォローが必要。

- 制度の複雑さ

喀痰吸引等研修には「基本研修」「実地研修」「登録制度」など複数のステップがあり、事業所側の理解と管理が求められる。

- 職場環境の整備不足

医療的ケアを安全に行うための設備（吸引器、衛生管理など）が整っていない施設もある。



現場の介護職員に学んでもらう ための課題がいっぱい

介護職員が医療的ケアを担うためには、制度的な壁だけでなく、現場の現実的な課題が山積



人手不足の深刻化

- 有効求人倍率が高止まり：介護職の有効求人倍率は全国平均を大きく上回り、兵庫県でも慢性的な人材不足が続いています。
- 医療的ケアを担える人材はさらに限定的：研修を受けた介護福祉士に限られるため、実施可能な人が偏在しがち。
- 業務負担の偏り：医療的ケアができる職員に業務が集中し、離職リスクが高まる。



賃金・処遇の問題

- 医療的ケアを担っても賃金に反映されにくい：処遇改善加算はあるものの、医療的ケアの専門性に見合った報酬体系にはなっていないとの声も。
- 責任の重さと報酬のギャップ：医療行為に近いケアを担うにもかかわらず、給与水準が他職種と比べて低い。



研修時間・制度の複雑さ

- 研修時間が長い：医療的ケア研修は「基本研修＋実地研修」で数十時間に及び、勤務と両立しづらい。
- 代替職員の確保が困難：研修中の人員を補う体制が整っていない事業所も多く、受講を断念するケースも。
- 制度理解が難しい：研修の種類、登録制度、医師の指示書など、事業所側の理解と管理が求められる。



その他の構造的課題

- 医師・看護師との連携不足：医療的ケアには医師の指示が必要だが、連携体制が不十分な施設も多い。
- 職員の心理的抵抗：医療的ケアに対する不安や責任感から、研修を受けても実施に踏み切れない職員も。



兵庫県では、こうした課題に対応するために「介護助手制度」「ICT・ロボット導入」「外国人材の活用」など多面的な支援策を展開しています。しかし、現場の声としては「制度だけでは足りない」「現実とのギャップが大きい」といった指摘も根強いです。



外国人介護職に担ってもらうには

外国人介護職員が医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養など）に関わるためには、制度上は可能ですが、現場では多くの課題と問題点が存在しています



1. 日本語能力とコミュニケーションの壁

- 医療的ケアは利用者の微妙な体調変化や意思表示を読み取る力が求められます。
- 日本語の専門用語や方言、ニュアンスの理解が難しく、誤解や事故のリスクにつながる可能性があります。
- 介護記録の記載や医師・看護師との連携にも高度な言語力が必要です。

2. 医療的ケア研修の受講ハードル

- 研修は座学・演習・実地研修を含み、数十時間に及ぶため、勤務との両立が困難。
- 研修内容が日本語で行われるため、理解度が低下しやすい。
- 指導者（看護師等）の不足や、施設側の受け入れ体制が整っていないケースも



3. 在留資格制度の制約

- 外国人介護職員の在留資格（技能実習・特定技能など）によっては、医療的ケアの実施が制限される場合があります。
- 特定技能では医療的ケアが可能です
が、制度理解が複雑で、施設側が対応し
きれていないことも。



4. 文化・価値観の違い

- 「口腔ケア」「排泄介助」「喀痰吸引」など、身体に密接なケアは文化的な抵抗感を持つ職員もいます。
- 宗教的配慮（例：イスラム教徒の女性が男性利用者にケアを行うことへの抵抗）なども考慮が必要。



5. 処遇とモチベーションの問題

- 医療的ケアを担っても賃金に反映されにくいいため、モチベーションが上がらない。
- 責任が重くなる一方で、キャリアパスが不透明なケースも多い。



6. 施設側の受け入れ体制

- 医師の指示書や看護師との連携が必要だが、体制が未整備な施設では実施が困難。
- 医療的ケアを行うための設備（吸引器、衛生管理など）が不足している場合も。



解決に向けた取り組み（兵庫県・全国）

- 日本語教育の強化（介護日本語評価試験など）
- 医療的ケア研修の多言語対応・動画教材の導入
- 外国人職員向けの相談窓口・生活支援
- 施設側への制度説明とマニュアル整備



外国人介護職員が医療的ケアに関
わるには、制度だけでなく現場の
理解と支援が不可欠



介護職員が行える「医療行為にあたらな
い医行為」は、厚生労働省が定めたガイ
ドラインに基づいて明確化されています。
これは、医師法第17条などに抵触せず、
医学的判断を伴わない範囲で安全に実施
できる行為を指します。



原則として医療行為にあたら ない行為の具体例

以下は、介護職員が実施可能とされる代表的な行為です：

バイタル測定・健康管理

- 自動血圧計による血圧測定
- パルスオキシメーターの装着と数値確認
- 腋下や外耳道での体温測定



服薬・処置の補助

- 一包化された薬の内服介助（舌下錠含む）
- 点眼薬の点眼
- 湿布の貼付
- 軟膏の塗布（褥瘡を除く）
- 坐薬の挿入
- 鼻腔噴霧薬の使用



身体ケア・衛生管理

- 爪切り（糖尿病や異常がない場合）
- 耳垢除去（耳垢塞栓を除く）
- 口腔清拭（重度歯周病がない場合）
- 有床義歯（入れ歯）の着脱・洗浄



🚽 排泄・ストーマ関連

- ストーマ袋の排泄物処理（貼替は除く）
- 蓄尿バッグからの排尿処理
- 陰部洗浄（医師の確認があれば）



医療機器の補助的操作

- 酸素マスクの準備・片付け（吸入中の装着・除去は除く）
- 加湿瓶の水交換
- 吸引器の洗浄・水補充（吸引そのものは除く）



注意点

- 利用者の状態が不安定な場合や、専門的判断が必要な場合は医療行為に該当する可能性があります。
- 実施には安全管理・記録・医療職との連携が求められます。
- 一部の行為は、研修修了者のみが実施可能です（例：喀痰吸引、経管栄養）。



厚労省の最新ガイドラインでは、こうした行為の範囲がさらに明確化されており、介護職が安心して業務に取り組めるよう整備が進んでいます。

詳しくは厚生労働省の公式ガイドラインをご覧ください。



令和6年度老人保健健康増進等事業

原則として医行為ではない行為 に関するガイドライン

2025年3月

今後の介護現場について

- 介護職員の不足が深刻化する中で、医行為でない日常的なケア（食事・排泄・入浴・移乗など）でさえ、介護保険サービスとして十分に提供されなくなる可能性が高まっています。

現状と今後の懸念点

日常的なケアが受けにくくなる理由

1. 人手不足によるサービス制限

利用者数に対して職員数が追いつかず、訪問回数やサービス時間が削減される可能性がある。



2. 介護保険制度の限界

要介護度が低い人への支援（要支援1・2など）は「総合事業」に移行され、自治体ごとの裁量が大きくなるため、サービスの質や量に差が出やすい。



3. 在宅介護の継続困難

訪問介護職員の不足により、在宅生活を維持できず、施設入所を余儀なくされるケースが増加。



4. 富裕層への偏り

高待遇で職員を確保できる施設に人材が集中し、一般的な施設や在宅支援が手薄になる懸念。

今後の対応策と課題

- ICT・介護ロボットの導入：業務効率化によって職員の負担を軽減し、限られた人材により多くのケアを提供。
- 外国人介護人材の活用：特定技能制度などを活用し、人材層を広げる。ただし言語・文化の壁が課題。
- 地域支援の強化：介護助手やボランティアなど、専門職以外の人材による補助的支援の拡充。
- 制度改革の必要性：介護保険制度の持続可能性を見直し、軽度者への支援をどう維持するかが問われている。

- 
- 介護は「医療行為」だけでなく、「生活そのもの」を支える仕事です。人手不足が進めば、“生きることの質”そのものが脅かされることになります。



介護人材の不足や制度の限界が見えてきた今、「自助・互助・共助・公助」の4つの支え合いの仕組みが、これまで以上に重要になってきます。

兵庫県や神戸市でもこの考え方をベースに地域包括ケアシステムの構築が進められています。

なぜ今これが重要なのか？

- ▶ **介護保険制度だけでは限界がある**：高齢者人口の増加に対して、財源も人材も追いつかない。
- ▶ **地域の力が不可欠**：行政だけでは支えきれず、地域住民の関与が制度の持続性を左右する。
- ▶ **多様なニーズに対応するには柔軟性が必要**：制度では拾いきれない「孤独」「不安」「生活困難」などに、互助や自助が力を発揮する。

それぞれの関りや役割

 ♂ 自助（じじょ）：自分で自分を助ける力

- 健康維持や介護予防への取り組み（運動・食生活・定期健診）
- 自立した生活を目指す意識づけ
- 介護される側の負担軽減につながる



互助（ごじょ）：地域や家族の支え合
い

- 家族、友人、近隣住民による日常的な助け合い
- ボランティアや自治会活動などの地域支援
- 介護職の負担を軽減し、孤立を防ぐ役割



 共助（きょうじょ）：制度による相互扶助

- 介護保険制度や医療保険によるサービス提供（訪問介護、デイサービスなど）
- ケアマネジャーなど専門職による支援
- 自助・互助を補完し、持続可能な支援体制を構築



公助（こうじょ）：行政による支援

- 生活保護、高齢者福祉事業、虐待対策など
- 最終的なセーフティネットとして機能
- 自助・互助・共助では対応できないケースに対応

今後の展望と課題

- 高齢者人口の増加により、介護ニーズはさらに拡大
- 介護人材の確保が困難な中、地域住民の参加（互助）が鍵
- 自助を促す健康教育や予防活動の強化が必要
- 行政は公助の充実だけでなく、共助・互助を支える仕組みづくりが求められる

この「4つの助」はグラデーションのように重なり合い、単独ではなく連携してこそ真価を発揮します。皆さんがこのような視点を持っている人が増えることで、地域の介護力は確実に底上げされていくはずです。

兵庫県・神戸市の取り組み例

- ▶ **ひょうごケア・アシスタント制度**：介護助手として地域住民が介護現場を支援
- ▶ **地域包括ケア推進事業**：医療・介護・生活支援を地域で一体化
- ▶ **高齢者見守りネットワーク**：郵便局や新聞配達員などが異変を察知し通報
- ▶ **介護予防教室・通いの場**：自助と互助を促進する場づくり

図表1 日本の主な介護施設

厚生労働省の資料などから著者作成

	施設の種類	根拠法	入居対象者	提供サービス	人員基準	費用負担の特徴
公的施設	特別養護老人ホーム	・老人福祉法 ・介護保険法	要介護3以上の人	・入浴・排泄・食事などの介護 ・機能訓練 ・健康管理	・介護・看護職員 (3:1以上) ・生活相談員 ・機能訓練指導員	・介護保険負担分 ・居住費・食費 (所得に応じた減免あり)
	介護老人保健施設	介護保険法	要介護で在宅復帰を目指す人	・医療的ケア ・リハビリテーション ・日常生活上の世話	・医師 (常勤) ・看護職員 (30:1以上) ・介護職員 (3:1以上) ・理学療法士など	・介護保険負担分 ・居住費・食費 ・医療保険との併用
	介護医療院	介護保険法	長期的な医療が必要な要介護の人	・療養上の管理 ・看護・医学的管理下の介護 ・機能訓練・日常生活支援	・医師 (48:1以上) ・看護職員 (6:1以上) ・介護職員 (6:1以上)	・介護保険負担分 ・居住費・食費 ・医療区分による差異
	軽費老人ホーム (ケアハウスなど)	老人福祉法	低所得で自立した日常生活が難しい高齢者	・A型: 食事の提供など ・B型: 自炊環境の提供 ・ケアハウス: 食事・相談など	・生活相談員 ・介護職員 (特定施設の場合は追加基準あり)	・無料または低額な料金 ・事務費・生活費 ・所得による軽減措置
民間施設	有料老人ホーム	老人福祉法	・介護付: 自立~要介護の高齢者 ・住宅型: 自立~要介護の高齢者 ・健康型: 自立した高齢者	・介護付: 特定施設サービス ・住宅型: 生活支援 ・健康型: 食事の提供など	・介護付: 特定施設基準 ・住宅型: 法令上の最低基準なし ・健康型: 法令上の最低基準なし	・入居一時金 (場合による) ・月額利用料 (家賃・管理費・食費など) ・介護保険自己負担
	グループホーム	介護保険法	要支援2以上の認知症の高齢者	・共同生活住居における介護 ・家庭的な環境 ・地域住民との交流	・介護従業者 (3:1以上) ・計画作成担当者 ・管理者 (認知症ケア経験者)	・介護保険負担分 ・居住費・食費 ・日常生活費
	サービス付き高齢者向け住宅	高齢者住まい法	原則60歳以上の高齢者	・安否確認 ・生活相談 ・バリアフリー住宅	・管理者 ・生活相談員など (状況により異なる)	・家賃・共益費 ・サービス提供費 ・別途介護保険サービス費

出典 = 『AIに看取られる日 2035年の「医療と介護」』 (朝日新書)