

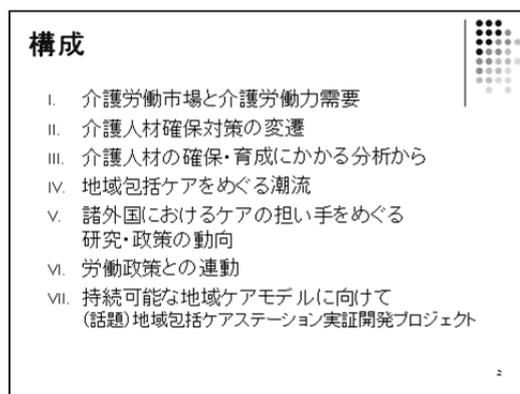
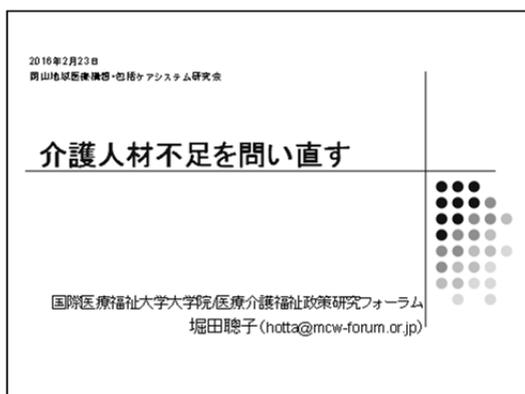
5. 医療・介護人材の確保と育成について

(第5回研究会(平成28年2月23日)におけるプレゼンテーション)

1) 介護人材不足を問い直す

国際医療福祉大学大学院／

医療介護福祉政策研究フォーラム 堀田聡子氏



本日は、まず介護保険事業に従事する介護職に主な焦点をあてて、介護労働市場の状況、国等の介護人材対策がどのように変わってきたのか、今後どのような流れが考えられるのかをお話しした上で、介護人材の確保・育成についての分析結果をご紹介します。

次に、地域包括ケアシステムの構築にあたって、広くケアの担い手について考えた時に、これまでの在り方や役割分担で良いのかを問い直していきたい。

その際、諸外国における研究・政策動向、時間があれば持続可能な人間中心のケアと地域づくりに向けて今年度進めているプロジェクトについてご紹介をさせていただきます。

●介護労働市場と介護労働力需要

介護保険が施行された2000年から現在にかけて、介護保険事業に従事する介護職員数は増加している。

しかし、2000年からはプラス10万人ペースで伸びていたが、2006年以降はその伸びが緩やかになってきている。2009年度調査方法が変更されており、連続的にはみられないことに注意頂きたい。

それでは安定的に人が採用できる状況にあるのかということで、有効求人倍率と失業率の関係をお示しする。

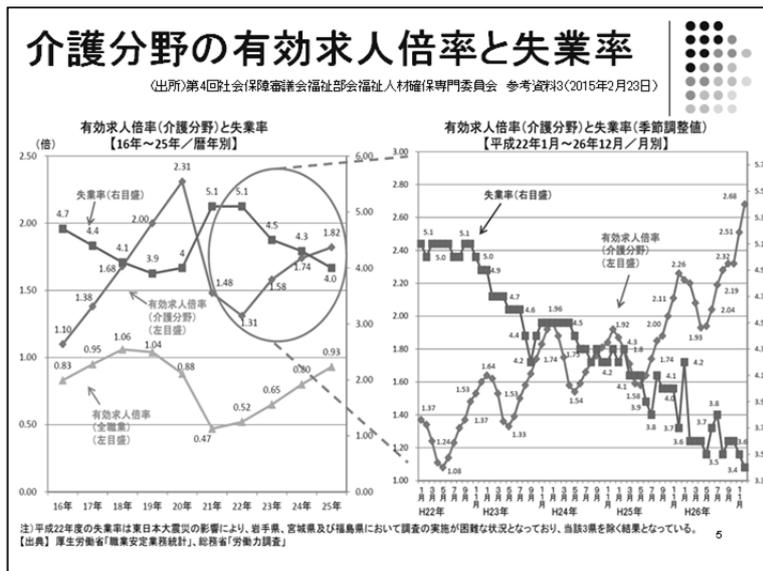
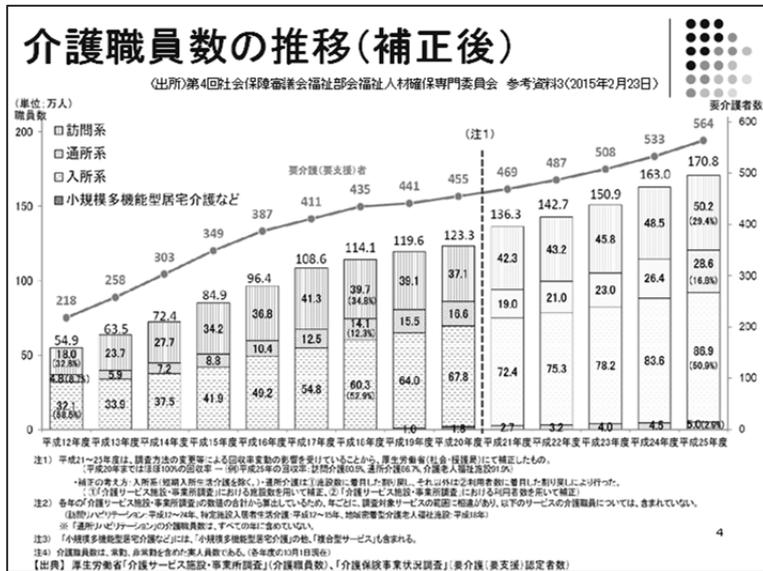
介護職の有効求人倍率は、ご存知のように景気の影響を大きく受けている。景気の動向によって、相対的に採用しやすくなったり、しにくくなったりということを繰り返

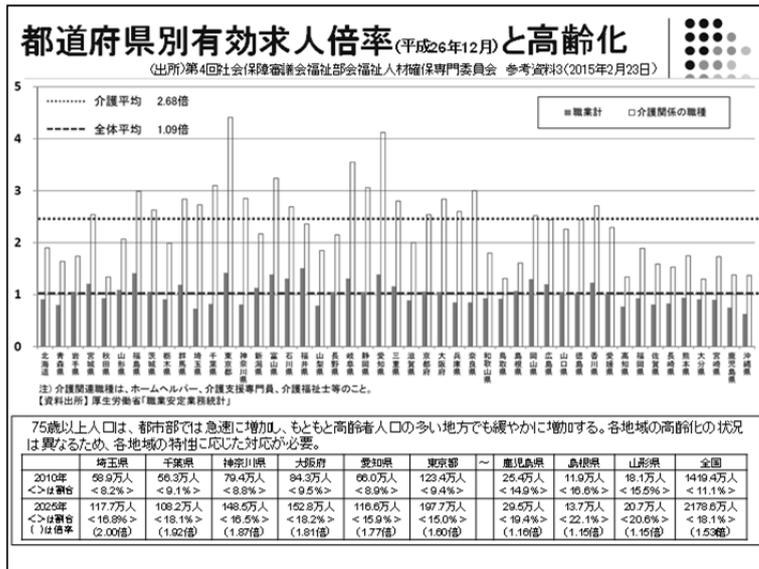
返ってきている。これは、介護保険が始まる前に遡っても変わらない状況だ。このことは、まだ介護職の労働市場が専門職労働市場として確立していないということの意味している。

この有効求人倍率を都道府県別にみると、極めて大きな差がある。もちろん県内の市町村別にも差が大きい。近年こうした地域差を考慮して、ようやく介護人材についてもより都道府県で見通しを立てているという流れになってきている。

ただし全国で共通していることは、介護

職の有効求人倍率は全体平均を大きく上回っていることである。





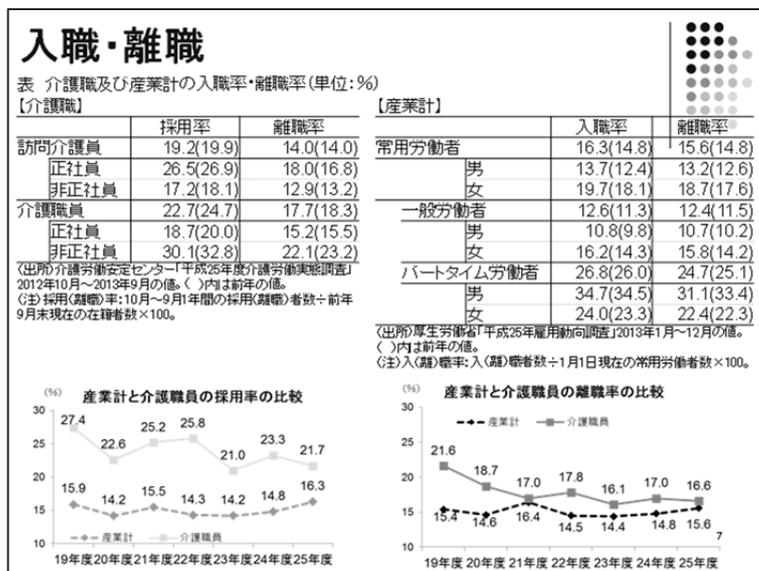
次に、入職と離職の状況である。一般的にはまだまだ介護業界は人材が定着しないというイメージが持たれているが、実際はどうか。

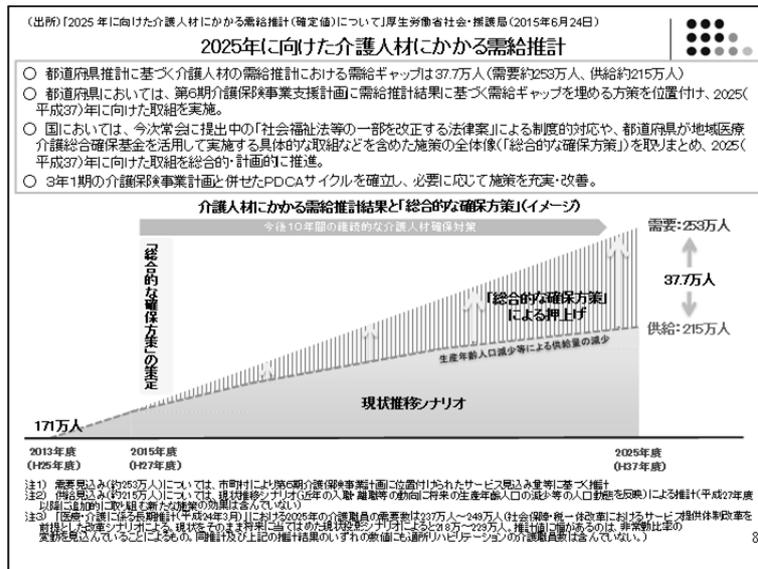
訪問介護員の離職率をみると 14.0%、通所や入所、居住系等の介護職員は 17.7%。産業計の常用労働者全体と比較すると、訪問介護員のほうが下回る。少なくともひとくくりに「介護はどんどん人が辞めていく」というイメージは間違っている。

訪問介護で主力となる月契約の非常勤の方々、非正社員は 12.9%。産業計のパート

タイム労働者 24.7%と比較すると、とても低い。訪問介護における正社員は、管理者やサービス提供責任者が中心となるが、こちらは産業計と比較するとやや高い水準となる。

この離職率についても、事業所の属性によって、相当バラつきがみられる。地域や事業種別でももちろん差がみられるが、同じ地域で、同じ制度・報酬体系のもとで同じ事業を提供している事業所であっても、大きな差がある。例えば訪問介護サービスでいうと、離職率が 10%未滿の事業所が過半数を占める一方で、離職率が 30%以





上という事業所が2割を占める。

こうしたバラつきがあることは、やはり制度や報酬の在り方のみならず、事業所の雇用管理や法人全体の経営の在り方も、介護職の確保定着育成に関して影響を及ぼしていると考えられるゆえんである。介護分野の経営や雇用管理の高度化の余地はまだ大きい。

次のスライドは、全国で積み上げた数字なので、いうまでもなく岡山県にとっては、先ほどの須江課長がお示しになった資料のほうが、意味があるものである。

この都道府県別需給推計のためのワークシートをつくる作業班に参加していた立場でお伝えしたいのは、この推計は極めてシンプルなものだということだ。

特に需要量について、医療の場合には、例えば新しい治療法や新薬等の開発によってより効率が高まるといったパラメータが組み込まれることが普通だが、ここでは、第一に現状がやりすぎているのか、現状の資源の配分が適切なのかということは問っていない。さらに、今後より効果的・効率的に介護が提供される可能性にかかるパラメータが入っていない。

そのため、この不足数については、過度に悲観的になる必要はない。ただ、現状の

介護が自立支援型になっているのか、さらに効果的・効率的にケアを届けられる余地はないだろうかということ、それぞれの地域の中できちんと考える手がかりとすることが重要なのだと思う。

この需給推計にあたっていくつかの都道府県のご担当者にお話をうかがう機会があったが、従来都道府県で介護人材の需給推計やそれに基づく人材確保のマネジメントサイクルをつくるといった経験がなかったために、現状ではそれほど主体的に独自に問い直していこうという意気込みは感じられない場合が多かった。

そうしたなかで、このような場で介護人材についても検討対象とされていることは素晴らしいと思う。岡山県として、どのようにしていけばよいのかということを深めていただけることを期待している。

●介護人材確保対策の変遷

続いて、介護人材確保対策の変遷についてお話しする。国レベルの介護人材確保対策は、相対的に採用しやすい時期になると質にウェイトをおき、確保しにくくなると量を前面に出すというように、対策の焦点は質と量でいったりきたりしてきた。だからこそ、県として、地域の実情に基づいて、中長期の見通しを立てていけることの

意義は大きい。

介護保険制度導入後に初めて介護人材に関する議論が盛り上がったのは、2005年改正に向けた議論の中だった。順調に人材が増えている時期にあたる。

そこで、介護保険施行後、サービスやその担い手の量は確保されてきたが、ところで質はどうだろうかという文脈で、サービスの質を支える人材の資質向上が議論された。このため、いかに入り口のハードルをあげるか、資格を難しくするか、というような議論が大勢を占めていた。介護職のキャリアパスが関心を集めるようになったのもこの頃のことである。

| | |
|--|---|
| 1. 「質」資格要件や研修の見直し |  |
| ◆ 社会保障審議会介護保険部会報告「介護保険制度の見直しに関する意見(2004年7月)」 | |
| ● サービスの質の確保・向上のために介護サービスを支える人材の資質向上が不可欠 | |
| ● 専門性の確立、この方向で資格要件・研修見直し、将来的に任用資格は「介護福祉士」を基本に | |
| ◆ 全社協「介護サービス従事者の研修体系のあり方について」(2006)厚生労働省「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」(2006)日本介護福祉士会「介護福祉士の教育のあり方に関する検討会」(2007) | |
| ◆ 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案(2007年11月)成立 | |

しかし2006年くらいから、そもそも人が入らなくなってきたという声が事業者からも学校からもあげられるようになってきて、量へと振り子が動いたのが2007年から2010年にかけての時期だ。

とりわけこの時期に、量を手当てする切り口として関心が集まったのが処遇改善、その中でも賃金水準の改善である。結果として、介護職の処遇改善を柱の1つとしたプラスの介護報酬改正になり、処遇改善交付金、緊急雇用対策もあり、「介護人材確保関係政策バブル」ともいえる時期だったと思う。

ただ、あえて申し上げておきたいのは、正しく事実をみることの重要性である。例えば経済学者のある分析によると、個票ベースで性別、年齢、勤続年数、学歴、雇用

形態等をコントロールして多職種と比較すると、介護職の賃金水準は、全職業の中でも「中の上」という結果になる。

だからといって、介護職員の賃金水準は問題でないといっているわけではないが、どのような正義に立って介護職員の賃金について議論するかが問われている。

お伝えしたいことの第1は、様々な要因をコントロールすると、介護職員の賃金水準は全職業の「中の上」であること。

2つ目は、とはいえ、実際に生活が苦しいということで辞めていく人がいるという声があることも事実である。

では、このままでは介護という極めて重要な仕事に就く人たちが暮らしてゆけないので、なんとか手当てしなければという文脈は、なかなか難しい。

全ての仕事がなくっては世の中はまわらないもので、介護職等だけに公費で手当てするというには正義が不可欠である。とはいえ、よくも悪くも業界をあげたキャンペーンなどの効果もあって、この時期はどんどんと予算がついてきた。

| | |
|--|---|
| 2. 人手不足と「量」「処遇」への関心 |  |
| ◆ 新 福祉人材確保指針(2007年8月) | |
| ● ①労働環境の整備、②キャリアアップの仕組みの構築、③福祉・介護サービスの周知・理解、④潜在的有資格者等の参入促進、⑤多様な人材の参入・参画の促進 | |
| ◆ 「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」(2008年5月) | |
| ◆ 社会保障国民会議(2008) | |
| ● あるべき介護の姿を実現するために必要なサービス提供体制構造改革を前提に | |
| ◆ 厚生労働省「安心と希望の介護ビジョン」(2008)、「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」(2008) | |
| ◆ 介護報酬改定(2009年4月)、「介護職員処遇改善交付金」(2009年10月~)、緊急雇用対策としての「介護雇用創造」(2009年10月)等 | |

こういった経緯の中で、マネジメントに関する関心が高まってきた。これは、制度や報酬の在り方と現場との間に法人や事業所のマネジメントがあり、先ほどもお話ししたように、その在り方が、そこで働く方々の働きがい、人材確保にも影響を与えているのではないかと、そのマネジメントを高めていくという余地も残されているの

ではないかということである。

3. マネジメント改善への関心

- ◆ 社会保障審議会介護給付費分科会「介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム」(2007)
 - 介護事業の経営や介護労働者の処遇に影響を与える要因:介護報酬の水準、介護保険サービスの在り方とその範囲…介護サービス事業のマネジメント、人事労務管理の在り方…
- ◆ 厚生労働省「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」(2008)、「介護分野における雇用管理モデル研究会」(2007、2009)
- ◆ 「社会保障改革推進懇談会」(2009)

介護人材の量の確保を主たる関心として、その中でも処遇改善・賃金水準の改善に焦点をあてながら、特に2009年に様々な予算をつけ、施策を打ってきた。これが一段落して、再び、そして今まで一貫して関心は質に戻る。ここでの質とは、どういう切り口かをお話したい。

介護保険施行後、最初に人材について焦点があたった、あまり量の心配をしていなかった時期の質の議論というのは、人材の資質向上に関して資格のハードルを高めるということを主たる関心として進められてきた。

しかし、2009年介護報酬改定以降の質にかかわる議論というのは、より本質的なものになってきた。どういうことかという、例えば、介護福祉士の割合や常勤率、勤続年数等のいわゆるストラクチャーに着目して評価をしたのが2009年改定である。

4. 「質」サービスの質と専門性の評価

- ◆ 「介護報酬改定に関する審議報告」(2008)
 - 本来質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことによって処遇改善を推進すべき
 - 今後の方向性について「なかで「介護サービスの質の評価が可能となる指標について、検討を行うこと」
- ◆ 「地域包括ケア研究会」(2009)
 - 「介護報酬とは、本来、利用者に対して良質なサービスが提供されるよう、サービス提供の対価として事業者を支給されるものである…個々のニーズに応じて医療・介護等の様々なサービスを適切に提供することを目的とした地域包括ケアシステムを構築するためには、サービスの質に着目して介護報酬を支給する体系とすべきではないか。」
- ◆ 「社会保障改革推進懇談会」(2009)

だが、介護サービスの質には「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトカム」の3つの要素があるといわれている。必ずしもストラクチャーがしっかりしているから事業所のサービスの質が高いとは限らないという側面もある。

この介護サービスの質の評価指標は、松田先生をはじめとして研究が進行中だが、2009年にはまだ質の評価指標がなかったため、ストラクチャーにかかる指標を中心に評価している。

地域包括研究会の報告書の中でも、また報酬改定の審議報告の中でも、本来は介護サービスの質が高いところが評価されて、介護職員だけではなく、その質を支えているすべての職員にそれが還元されていく構造に変えていくべきではないかということが言われるようになってきている。

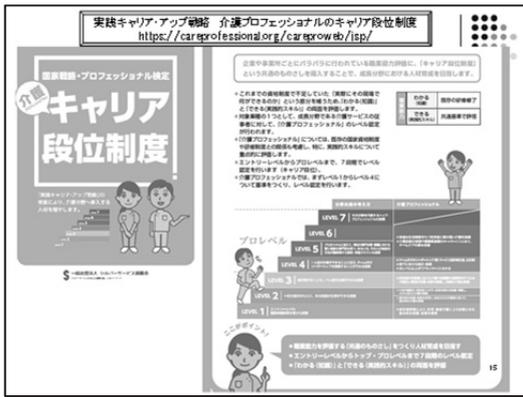
改めて、サービスの質とは何か、その介護サービスの質を支える専門性とはどういうものだろうかという議論が進められてくるようになってきたのが、2009年春以降の特徴の1つである。

5. 「質」地域包括ケアシステムの担い手として求められる要件、教育制度の総合的な見直し

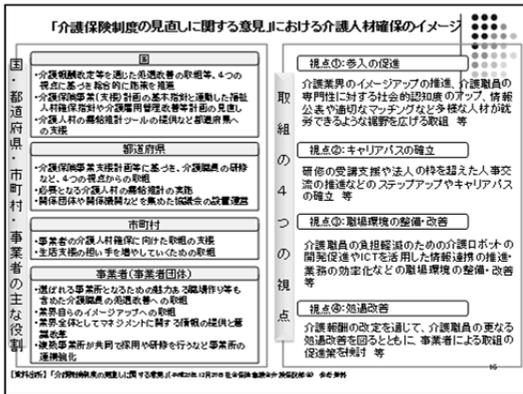
- ◆ 社会保障国民会議(2008)
 - 地域包括ケアの実現に向けた従事者の役割分担の見直し
- ◆ 「地域包括ケア研究会」(2009)
 - 介護職員の確保・専門性の向上、専門職の教育・研修、地域包括ケアのマネジメント、住民の主体的な参加と学習
 - 「…北欧諸国で始めているような医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種の統合を検討してはどうか。労働力の減少といった状況に対応し、介護職員を確保するためには、他の産業と同様に、上記の総合基礎職に対するキャリアラダーの開発に加え、処遇や給与を確保するための工夫を検討すべきではないか。…」

もう1つの質の側面として、これから地域包括ケアシステムを構築していこうという時に、改めてその観点から今までの介護職の教育の在り方でよいのか、求められる力量はこれまで同様でよいのか、他との役割分担等が問われている。介護プロフェッショナルのキャリア段位制度等もこれ

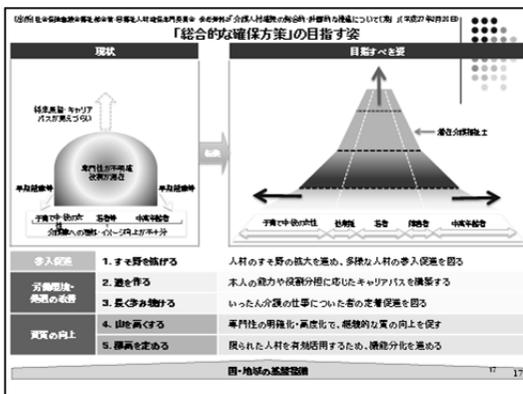
と軌を一にしている。



それから、これまでは介護人材確保というと、国や事業者、職能団体等を中心にそれぞれの取組みの方向性が示されていたが、都道府県レベルでの役割を強化しようとしてきたのもこの数年の特徴だ。



これまで質と量でいったりきたりしてきたが、量と質の確保に向けた考え方を整理したのが、福祉部会の報告である。



| 「総合的な確保方策」の目指すべき姿 | | 主要施策 | 達成度 |
|-------------------|------------|---|--------------------------------------|
| 介護職の確保 | 1. 数を増やす | ・介護職の確保が優先されるべき人材確保の優先順位によるイメージアップ ・高度職・専門職の確保促進、地域内での定着の促進 ・中央官庁等のキャリアアップの促進 ・地域内での人材確保の促進 ・地域内での人材確保の促進 | 【達成】 【達成】 【達成】 【達成】 【達成】 |
| | 2. 道を作る | ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） | 【達成】 【達成】 【達成】 |
| | 3. 長く歩み続ける | ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） | 【達成】 【達成】 【達成】 |
| | 4. 山を高くする | ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） | 【達成】 【達成】 【達成】 |
| | 5. 幅広さを定める | ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） | 【達成】 【達成】 【達成】 |
| 図・地域の基盤整備 | | ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） ・介護職の確保（介護職の確保の促進） | 【達成】 【達成】 【達成】 |

この方向性について、ひとつ付け加えておきたいのは、これまでイメージアップが取り組まれてきて、確かに大切だが、それと同時に取り組むことが極めて重要であるのに、まだあまり行われていないことは、地域労働市場のリアルな情報を地域の中で収集して、提供することである。

リアルな情報とは、賃金水準や初任給、昇給、その水準というのがその地域の中の他の産業と比べてどうなのか――。

なぜかというと、イメージアップは、もともとネガティブなイメージをもっていない人にとっては意味があるが、介護では生活が成り立たないと思っている人たちに対して、介護のクリエイティビティ、さまざまな可能性を伝えても、ほとんど響かないからである。

リクルートで毎年イメージ調査をやっている、その中で個票の分析をしたことがあるが、例えば、一般の方々は過度に介護職はどんどん辞めると思っている。また、過度に賃金水準が低いと思っている場合もある。介護事業所には、人事や企画といった部署がないと思ったり、他の産業とのコラボがないと思っている場合も多い。

(出所) 社会保険福祉部福祉政策課4階福祉人材確保専門委員会 参考資料②「介護人材確保の総合的・計画的な推進について案」(平成27年2月28日)

平成27年度予算案における介護人材確保方策

○ 団塊の世代が75歳以上となり、医療・介護等の需要の急増が予想される2025(平成27)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進めており、人材確保においても地域医療介護総合確保基金で措置されている。

介護サービスの充実と人材確保

が介護人材確保の関係

(1) 地域医療介護総合確保基金(介護分) 724億円

○ 平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

◎ 介護施設等の整備に関する事業
 地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスの施設の整備に必要な経費や、介護施設(広域型を含む)の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を回すための改修等に必要な経費の助成を行う。(634億円)

◎ 介護従事者の確保に関する事業
 多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保

※基金の長期計画 図2/3 都道府県別/3

(2) 平成27年度介護報酬改定における介護職員の処遇改善等 1,051億円

○ 介護報酬改定において、介護職員の処遇改善等を行う。

- ・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善(784億円<改定率換算で+1.65%>)
- ・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実(266億円<改定率換算で+0.56%>)

(参考:改定率)
 改定率▲2.27%
 (処遇改善+1.65%、介護サービスの充実+0.59%、その他▲4.48%)

また、本人が介護の仕事を選びたいと思っているかどうか、最終的に選択するかどうかといった時に、本人の意思よりも影響を及ぼしていたのが、周りの人たちの意見だ。本人がイメージアップしていった、介護は素晴らしいと思っていても、周りの人たちが、介護では生活が成り立たないと言え、そこで終わってしまう。

イメージアップは重要だが、周りの大人たちが思うような状況では必ずしもないということは、プラスを示しても払拭されない。そうではないということは数字でエビデンスをしっかりと示すことが重要である。

地域によっては、様々な状況があると思うので、しっかりと労働市場の状況を、地域の中で把握していただくことを期待する。

●介護人材の確保・育成にかかる分析から次に、都道府県レベルでリアルを把握する重要性和、一般的に良いといわれていることを単純にやるだけではいけないかもしれないということをお話する。

ここでは、あえて介護人材の需給の古い推計をお示しする。平成24年段階で介護職員が149万人いて、2025年までに250万人必要なので、1年あたり約7万

人必要。そのために、学生の参入促進と辞める人を減らして、そこから入ってくる人を増やそうと施策が打たれてきている。しかし、この需給推計の構造はよくわかっていない。

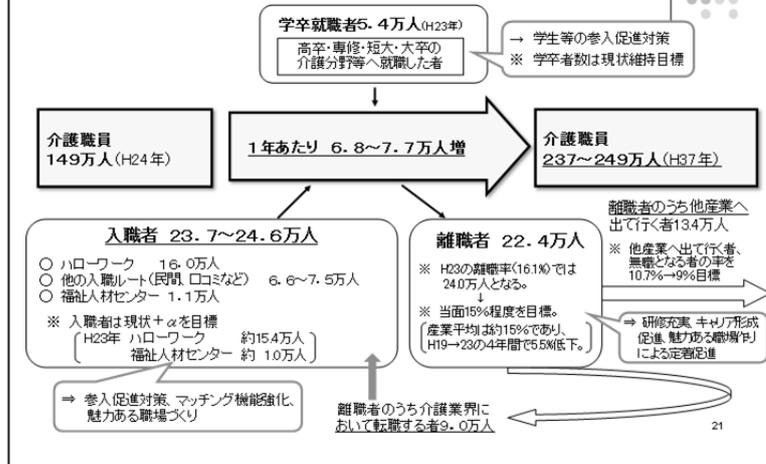
一度でよいので、県レベルでこの介護職の動きをぜひ把握していただきたい。なぜかということ、学卒の参入促進対策や辞めないようにする、新しい人たちが入ってくる、そのマッチング機能の強化など、それぞれにどれだけの資源を振り分けるのかを決める上では、この動きを知ることが不可欠だからである。

しかし、この推計では介護職だけでなく事務職等も含まれている。つまり、実際よりも過大な数字になっているということである。

今、5.4万人と示されている学卒就職者は、約3.6万人という分析もある。

背景：介護人材確保の見通しと施策

【出典】第47回社会保険審議会介護保険部会(2013年9月4日)資料 ※本推計の更新版が公表済



入職者数の精査の余地

図表2-13 介護分野に就業する新規学卒者数の推定

| | 学校基本調査 | | | 3カ年の 平均値 | 推定 | 根拠調査等 |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|--------|---|
| | 2011年 (10年卒 業) | 2012年 (11年卒 業) | 2013年 (12年卒 業) | | | |
| 大学 | 17,840 | 18,160 | 17,962 | 18,000 | 12,400 | ・厚生労働省(保育課程へ11歳児保育士(234人)を 除く) ・学校基本調査から、他職種職種(1913人)、事務職 (298人)、その他職種(1220人)を除外 |
| 短大 | 15,358 | 15,862 | 16,730 | 16,000 | 1,300 | ・学校基本調査の結果は採用せず。 ・短大の介護福祉士養成施設からの卒業生人数を計算 の上 |
| 専門学校 | 5,777 | 7,859 | 6,758 | 6,800 | 6,800 | ・学校基本調査の結果をそのまま採用(専門学校は介護 福祉士養成施設からの卒業生からの実数値に含む ない) |
| 高等学校 | 15,269 | 15,948 | 16,728 | 16,000 | 15,900 | ・厚生労働省(看護科卒業生を除く)11歳児保育士 科卒業生 約100名(注)15除く |
| 合計 | 54,244 | 57,627 | 58,178 | 56,800 | 34,400 | |

出所：筆者作成(資料提供：特許)

- 転職・無業からの入職者数の根拠確認も必要

もう1つさらに付け加えておきたい。これは、都道府県別に介護サービス受給者数の変化や常勤換算の介護職従事者数の変化を整理した研究結果である。岡山県は、2006~2011年間の常勤換算従事者数の増加率は24.9%、2006~2011年間の介護サービス受給者の増加率は18.1%である。

このとおり、都道府県でバラつきがある。介護サービスの受給者数の増加率に伴って、同じように常勤換算の従事者数が増加しているかというところでもないことがわかる。

どのような戦略でより効果的・効率的に取り組んでいくかは、都道府県がしっかりとマネジメントプロセスをまわしていくということの意味が大きいということだ。

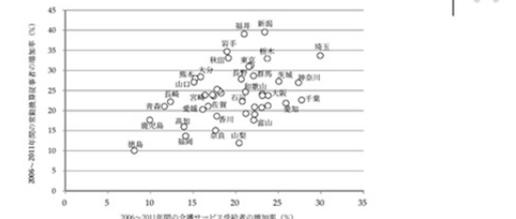
要介護3以上の方々に占める介護保険3施設の定員の割合は、全国平均が42%だが、岡山県は少し上回っている状況だ。しかし、75歳以上人口に占める有料老人ホーム等の居住系施設の割合は全国平均2.2%、岡山県は1.5、1.6%である。

つまり、どれだけの人たちを、どうケアするのかといった資源配分の在り方というのは、介護職の今後の需給推計において重要な要素になり得る。

そのほか、都道府県別に介護職の教育資源がどれだけあるのかという研究では、高齢化が進む首都圏で教育資源が足りていないということがわかっている。体制に加えて、教育資源が対応しているのかということもぜひ見ていただけると良いと思う。

都道府県の主体的取組みの重要性

図表1-15 都道府県別にみた介護サービス受給者数/常勤換算従事者数の変化率
~2006年と2011年の比較~



注：2011年の東日本大震災の影響が大きいため、グラフ表記から宮城県、福島県を削いでいる。
出所：厚生労働省「介護サービス受給者数調査(2006年・2011年)調査報告(2011年11月発表)」、「介護サー
ビス施設・事業所調査(2006年・2011年)」より作成

- 都道府県で異なる需要と対応しない教育資源

先ほどの介護人材確保施策の流れの中

でも強調したが、キャリアパスの整備のことがここ数年注目されている。

キャリアの展開は、単純にキャリアを積んでいく、上位資格をとる、専門教育を受けるといったことなのか、様々な意味があると思うが、それだけでは必ずしも職員のやりがいが高める・定着を高めることにはならないかもしれないということをお伝えしたい。

これは学校から職業への移行を研究されている先生に介護職の分析をしていただいた。これは、どういうところで専門性を獲得していることが、仕事内容のやりがいや職業生活全体の満足度につながるのか、をみたものだ。そうすると、*印がついているところが有意に影響している項目だが、それをみると、福祉教育を学校で受けたかどうか、あるいは現場で経験年数を高めていくこと、上位の資格をとることが、必ずしも職場の満足度、仕事内容の満足度を高めていないらしいということが明らかになっている。

いろいろな解釈をし得るが、経験年数を積んだこと、資格をとっていったこと、結果としてパフォーマンスを発揮していることと処遇が対応していないのかもしれ

ないということも予測できる。

職場の課題を解決するほどの力は、少なくとも現在の学校教育や介護福祉士の資格を取得しているだけでは身に付いていないのかもしれないということも意味している。職場をよりよくする、改革をしていくというようなところにはいきついていない教育なのかもしれないということも言える。

この表にある、利用したい・利用したくないというのは、介護職の方々に自分の勤務先のサービスを自分もしくは家族が介護が必要になったときに、利用したいですかという問いに対する回答である。

この調査では、サンプル数は少ないが、介護職員の方々が一つの法人の中でどのようにキャリアを展開したのかということをつぶさに聞いている。大きな法人であれば、事業所が変わる、職位が上がる、雇用形態が変わるといった様々な展開がある。しかし、そのようなキャリアの展開は、就業継続意向に有意な影響を与えていなかった。

就業継続意向に大きな関係がありそうなことは、勤務先のサービスを使いたいと思っているかどうかであった。

職場の課題に対処する資格・教育を

図表5-15 仕事満足感の規定要因
(順序回帰分析 / 「都道府県平均給与との比」の変数を入れた場合)

| | 仕事内容・やりがい | | | 職業生活全体 | | |
|-------------------------|----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|
| | モデル(10) 職種計 | モデル(11) 訪問介護員 | モデル(12) 介護職員 | モデル(13) 職種計 | モデル(14) 訪問介護員 | モデル(15) 介護職員 |
| 不満足 | -3.425 *** | -4.185 *** | -3.289 *** | -2.763 *** | -3.407 *** | -3.373 *** |
| しきい値(満ややや不満足) | -2.072 *** | -2.664 *** | -1.954 *** | -1.208 *** | -1.884 *** | -1.800 *** |
| 性別 | | | | | | |
| 男性 | 0.132 | -0.322 | 0.235 | 1.476 *** | 1.072 * | 0.906 *** |
| 女性 | -1.897 *** | -1.419 * | -2.009 *** | -3.110 *** | -2.510 *** | -2.584 *** |
| 年齢 | | | | | | |
| 0.000 | 0.000 | -0.004 | 0.000 | -0.004 * | -0.016 ** | -0.004 |
| 学歴(基準: 中学校卒) | -0.182 | -0.065 | -0.212 | -0.205 | -0.219 | -0.345 * |
| 大学・大学院 | -0.305 *** | -0.375 ** | -0.259 ** | -0.273 *** | -0.189 | -0.206 * |
| 専大・短大・高専卒 | -0.259 *** | -0.232 | -0.185 * | -0.225 *** | -0.039 | -0.192 * |
| 主な仕事(基準: 訪問介護員) | 0.216 * | | | 0.262 * | | |
| 療: 介護職 | 0.247 ** | | | 0.314 ** | | |
| 療: 介護支援専門員 | 0.266 ** | | | 0.263 ** | | |
| 事業所類型(基準: 施設系(通所型)) | | | | | | |
| 設・入居型 | 0.320 *** | 0.422 | 0.490 ** | 0.301 ** | 0.505 | 0.132 |
| その他 | 0.333 *** | 0.135 | 0.352 *** | 0.217 *** | 0.395 | 0.231 *** |
| 就業形態(基準: 正規) | | | | | | |
| 長時間非正規 | -0.323 * | -0.494 | -0.289 ** | -0.493 ** | -0.292 | -0.410 ** |
| 短時間非正規 | -0.066 | -0.016 | -0.068 | -0.136 * | -0.129 | -0.044 |
| その他・不明 | 0.271 ** | 0.236 | 0.322 * | 0.381 *** | 0.043 | 0.647 *** |
| 都道府県別平均給与に対する比 | 0.058 | 0.650 * | 0.756 *** | 0.628 *** | 0.041 | 0.988 *** |
| 福祉教育 | | | | | | |
| あり | -0.159 ** | -0.295 * | -0.200 ** | -0.122 * | -0.122 | -0.182 * |
| なし | 0.002 *** | -0.001 | -0.002 *** | -0.001 ** | 0.000 | -0.002 ** |
| 就業経験 | | | | | | |
| あり | 0.015 | 0.015 | 0.019 | 0.011 | 0.164 | 0.004 |
| なし | 0.130 * | 0.158 | 0.135 * | 0.164 ** | 0.336 * | 0.105 |
| 介護福祉士 | | | | | | |
| あり | 0.088 | -0.234 | 0.158 * | 0.130 * | -0.136 | 0.161 * |
| なし | | | | | | |
| N | 8,564 | 1,166 | 5,028 | 8,478 | 1,145 | 4,991 |
| Adjusted R ² | .035 | .029 | .031 | .032 | .026 | .021 |

注: *** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p<.10. (小杉礼子氏作成)

● **教育・資格・経験が職場の実態への不満感を高める可能性**
 ※勤続年数別仕事満足度D.I.(満足+やや満足)-(不満足+やや不満):職場の環境、人事評価、処遇、労働時間・休日等、勤務体制、人間関係・コミュニケーションで勤続年数が長いと下がる傾向

単純に、人事制度やキャリアパスを要件を満たすように作るということでは、少なくとも職員の就業継続意向上を高めることには貢献していない可能性も大きく、そのことよりも、介護職の方々はより良いサービスをどのように提供するかということに関心をもっていることが多いので、そこに対する対応をどう高めるかということとキャリアパスの整備をセットで行う必要があるのではないかということをお伝えしたい。

先ほどから介護人材不足と何度も申し

上げているが、人材不足感が最も高いのは訪問介護の事業所といわれている。その訪問介護の事業所の方々に介護人材不足の要因を聞くと、人が辞めるということではなく、新たな人がとれない、補充ができないということがあがってくる。

そこで、採用が質・量ともにできている事業所はどのような事業所かをみたのがこの分析である。

互いに声をかけ合えるような環境がつけられていることも重要だが、地域との協働、特に互助の支援や組織化をしていると

キャリアパス整備はサービスの質向上の取組みとセットで

図表6-22 キャリア類型と現法人での就業継続意向

| | | 半年から 2年程度 | 3年から 10年 | 働き続け られるか ぎり | わからな い | 合計 | N |
|---------|----------|--------------|-------------|--------------------|-----------|-------|-----|
| 利用したい | 正社員一貫 | 6.9 | 14.7 | 42.2 | 36.2 | 100.0 | 116 |
| | 非典型一貫 | 7.2 | 8.4 | 48.2 | 36.1 | 100.0 | 83 |
| | 非典型から正社員 | 6.8 | 17.8 | 41.1 | 34.2 | 100.0 | 73 |
| | 正社員から管理層 | 7.9 | 10.5 | 46.1 | 35.5 | 100.0 | 76 |
| | 合計 | 7.2 | 12.9 | 44.3 | 35.6 | 100.0 | 348 |
| 利用したくない | 正社員一貫 | 20.8 | 13.5 | 21.3 | 44.4 | 100.0 | 178 |
| | 非典型一貫 | 17.1 | 7.3 | 28.0 | 47.6 | 100.0 | 82 |
| | 非典型から正社員 | 13.7 | 11.3 | 21.0 | 54.0 | 100.0 | 124 |
| | 正社員から管理層 | 21.4 | 7.1 | 24.1 | 47.3 | 100.0 | 112 |
| | 合計 | 18.5 | 10.5 | 23.0 | 48.0 | 100.0 | 496 |

(堀有喜衣氏作成)

- 就業継続意向には職場におけるキャリア展開よりも勤務先のサービスの質評価が影響

25

タテヨコ対話重視職場、地域との協働が採用力を高める可能性

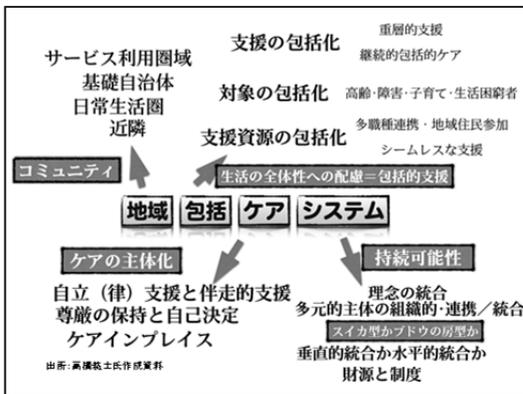
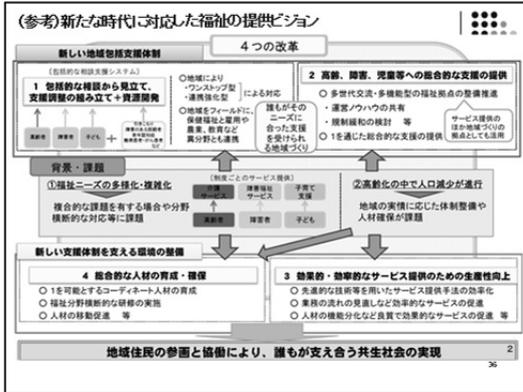
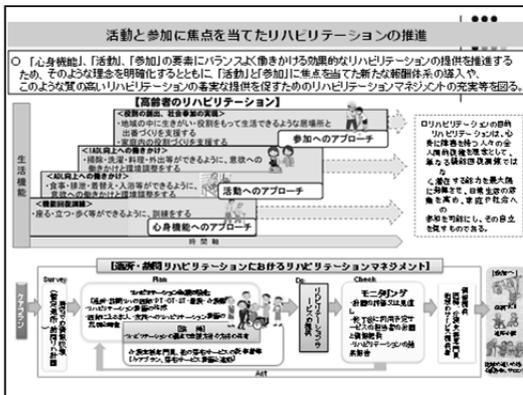
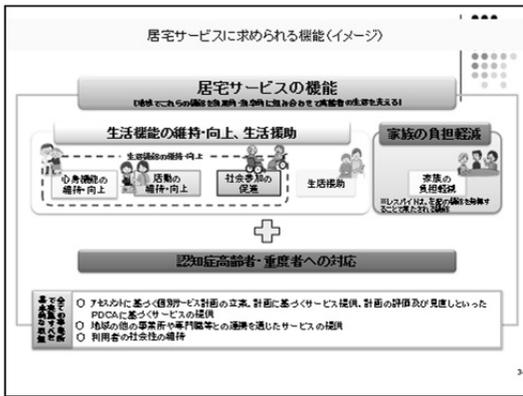
図表8-12 訪問介護員を人数・質とも確保できているか否かの規定要因（二項ロジスティック分析）

| | B | 標準誤差 |
|---------------------------|--------|-----------|
| 経営主体<民間企業> | | |
| 社会福祉協議会・地方自治体 | -0.347 | 0.371 |
| 社協以外の社会福祉法人・医療法人 | 0.607 | 0.237 ** |
| NPO | 0.229 | 0.339 |
| 社団・財団法人、協同組合 | -0.740 | 0.646 |
| 介護事業開始後経過月数 | 0.002 | 0.001 * |
| 事業所規模 | -0.009 | 0.004 ** |
| 1法人1事業所のみ | 0.573 | 0.180 *** |
| 今後の方向性 | | |
| 事業所規模拡大 | -0.417 | 0.178 ** |
| 特別区（東京23区） | -0.233 | 0.378 |
| 介護報酬上の地域区分 | | |
| 特甲地 | -0.432 | 0.247 * |
| <その他> | | |
| 甲地 | -0.041 | 0.316 |
| 乙地 | -0.141 | 0.226 |
| 雇用管理施策（早期離職防止・定着促進方策） | | |
| 連携・参加 | 0.496 | 0.206 ** |
| 育成型職場 | 0.093 | 0.217 |
| キャリア開発 | -0.591 | 0.297 *** |
| 希望聴取 | -0.165 | 0.157 |
| 訪問介護員の総働管理 | | |
| 稼働日毎事業所立寄 | 0.531 | 0.172 *** |
| 実習等受入 | -0.035 | 0.158 |
| 地域との協働 | | |
| 互助支援・組織化 | 0.257 | 0.154 * |
| 地域メンバースHIP | 0.115 | 0.174 |
| 人材育成にあたり地域の同業他社と協力・ノウハウ共有 | 0.135 | 0.268 |
| 定数 | -1.704 | 0.251 *** |
| N | | 1,116 |
| -2対数尤度 | | 993.252 |
| カイ2乗 | | 86.057*** |
| Nagelkerke R2 乗 | | 0.120 |

注1：< >はワラテレンス・グループ。注2：***は1%水準、**は5%水準、*は10%水準で有意。（堀田聡子氏作成）

- 採用後の指導担当者と個別的人事処遇は定着促進につながる

26



● 諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向

ここまでは、主に介護保険に従事する介護職をめぐる状況、それにかかわる分析等をお話ししてきた。ここからは、フォーマル・インフォーマル、対象が高齢、障害、子どもといったことを問わず、広くケアの担い手ということでお話します。

まず、諸外国でケアの担い手として焦点が集まったのは、それほど仕組み化されていなかった時期だったことから、インフォーマルのケアを担う方々への着目だ。このスライドのケアラーとは、必ずしも介護だけではなく育児等も含まれている。

このインフォーマルケアラーへの着目は、1920年代から施策対応の必要性が、1960年代からケアラー支援の制度化が進んできた。

ここでケアの担い手:フォーマル/インフォーマル、有償/無償(二分化)できなくなっているが、対象の別を問わず広くケアを行う者

- まずインフォーマルケアラーへの着目
 - アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者によるケア・ケアラーの歴史への着目(1920年代頃-)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ
 - ケアラー団体の運動
 - ケアラー支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)
 - ケアラーを視野にいれる政策領域の広がりに
 - 近年EU等では社会的排除との関連からケアラーを位置づけ(ケアラーの社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討)

(From et al.(1992), European Commission 2009等)

EUでは、ソーシャルインクルージョンの観点でケアラーを位置づけた支援が進んでいる。このケアラーの支援では、Eurocarers というEU各国の考え方を共通にしている同盟体が10の原則をあげている。日本における介護者支援というと現金給付にとどまっていることが多いが、かなり幅広く、社会的包摂の観点から原則がたてられている。

まず、専門職のケアが進んだとしても、インフォーマルのケアラーがコミュニティケアにおける中心的な役割を果たすという認識があることだ。ケアラー憲章を設

けている国もでてきている。このようにかなり包括的な形でケアラー支援に取り組もうとしているのだ。

この背景は日本と似通っている。専門職としてケアを担う人たちだけでは難しいのではないかと、改めて、インフォーマルのケアラーの方々の活用を考えないと立ち行かないという認識の上に、しっかりと継続的に活躍していただく環境を整えるということとセットで進めている。

このような考え方の転換は、いろいろなレベルにおいて必要である。労働力人口に占める要介護・要支援の方々の割合は、2015年で日本は8.5%、2025年では12.1%、2040年では17.3%である。明らかにこれまでの考え方で担い方を考えているようでは難しい状況である。

(参考) Eurocarersにおける
ケアラー支援にかかる10の原則

- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識。この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーにふりたか負担の程度を選択、ケアを必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ ケアから離れる: ケアラー・ケアを必要とする人の双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: ケアの結果としての貧困化を避ける

出所: <http://www.eurocarers.org/index.php>

まずインフォーマルケアラーだったが、次第に各国で仕組み化が進み、ケアの専門職が様々つくられたため、次はケアワーカーへ着目する。

そして、どのようにケアの担い手を多様化していくかという観点になる。

2. ケアワーカーへの注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂するケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
 - 多様なケアワークの射程、概念構造、実態の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンシスの検討 (Moss and Cameron 2002) 等
- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が各国の政策課題に(2000年代以降)
 - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の審議 (Fukawa and Colombo 2009) 等

3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を超え多様化するケア提供主体の概念整理 (Ugurek 1997, Pfaender and Geertz 2005) 等
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランティア: ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握 (Pazda 2007)
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の実態把握と充実に向けた方策展開 (Colombo et al. 2011)

今、ケアの担い手として改めて注目を集めているのが本人である。

地域包括ケア研究会の報告書でも「養生」という言葉を使って、セルフマネジメントをより自分らしく自分で、とある。

4. ケアの担い手(主体)としての患者・利用者

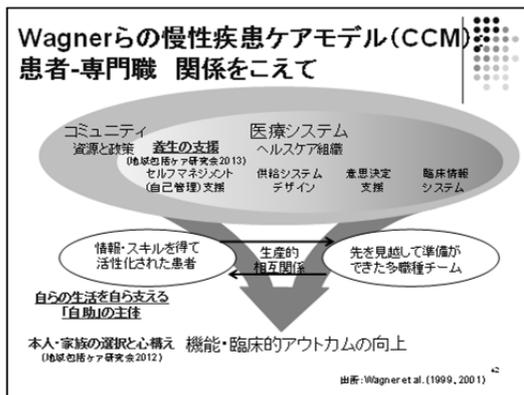
- 1950年代の「患者役割論」(Parsons 1951): 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者 ~ 「病院の世紀」(Hatch 2010) における専門職のインシアテックに基づく治療の「受け手」としての患者像
- 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ (Wagner et al. 1999, 2001) 等
- セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究 (Lodge et al. 1996, Expert Patients Programme Community Health Company 2010) 等
- 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme(世界20カ国で展開)
- 英・保健者とNHSが主導するExpert Patient Programme (2010) : 「LayExpert(素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い (Pitts and Higgins 1996, Doherty et al. 2003)

これは諸外国共通のことだが、地域包括ケアが求められている共通の背景の1つは、人口構成の変化であり、それに伴う疾患構造の変化だ。

つまり、病気や障害と複数付き合いながら、死に向かっていくと考えた時に、この病気や障害と付き合いながら暮らす方々をどう支えるかという慢性疾患ケアモデルという考え方がより注視されてきた。

ここで見ていただきたいのは、情報・スキルを得て活性化された患者自身ということである。よく、飛行機のパイロットに例えられる。そして、アウトカムの向上を支えるのが、その本人と先を見越して準備ができた多職種チームの生産的相互関係といわれることだ。

与える人・受ける人という関係性ではなく、「LayExpert」という、全ての人が自身の心身のエキスパートである考え方である。そして、そのパイロットに何とか単独飛行ができるように専門職が行う支援とは、まず安全な機体をつくること、それから飛行計画を一緒にたてること、そして、単独飛行ができるような情報やスキルを獲得してもらうことである。また、より重要なのは、LayExpert 同士の学びをファシリテートしていくことが多職種チームの役割として期待されるようになってきている。最もこれを戦略的に進めているのは英国だ。プロの患者を作ろうという Expertpatient プログラムを進めていて、効果をあげている。



こうした流れの中で専門職に求められる能力や力量も変わるが、現在の学校教育では全く対応できていないといわれている事実がある。

これは、各国のヘルスケア、ソーシャルケアにかかわる専門職の教育カリキュラムを整理して、求められる能力や力量は何かを整理したものだ。

このように、5本の柱が必要だと言われている。しかし、この報告では、この5本の柱は今のところ学校教育では中心には据えられていない場合が多く、まだまだ急性期医療が中心の教育が多いということがいわれている。

患者中心ケア、今はさらに進んで人間中

心ケアといわれているが、先を見通せているのか、専門職ができることを全てやろうとした結果、本人の力を奪っていないかという問い直しもおきている。

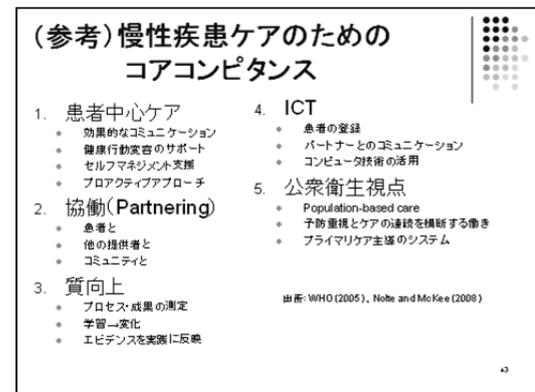
患者中心でも、医療者中心でもないコミュニケーションも問われている。

それから、協働である。改めて本人の変わり行く可能性と制約を見極めた上で、その力を引き出していくということができているのか、過剰なケアではないのか、ということも問われている。

慢性疾患ケアモデルではフラットな関係性を支えるのは、活性化されたコミュニティだと言われている。また、先ほど申し上げたとおり、地域と協働している事業所は人手不足の今にあっても、採用が質・量ともにできているといわれているが、必ずしもそれが実践できている事業所はそれほど多くない。

また、限られた資源の中で、どう効果的・効率的にケアを高めていくかという時に、医療ではICTの活用など、取り込まれつつある。

しかし介護では、例えばアセスメントの様式が20数種類あるといったように、効果的・効率的な介護につながらない状況もあるといわれている。



最後に、これはケアワーカーの確保をどのような切り口で考えているのかをまとめたものである。どの国もアプローチはそれほどバリエーションはない。

つまり、まず自分のやれることを引き出す。そして、周囲がやれることを引き出す。それから、これまで大半をしめる女性や高齢以外の採用プールをどう拡大するか、マッチングをどう図るか。そして、定着と能力発揮をどうするか、生産性向上・イノベーションなどだ。

諸外国におけるケアワーカー確保の柱

1. 健康増進・予防促進、セルフマネジメント支援
2. インフォーマルケア促進(活用・支援、提供体制多様化)
3. 採用プールの拡大:男性、若者、移民等
4. 定着と能力発揮の促進
 - 労働条件改善、専門性強化(仕事の再評価)
 - 雇用管理改善 等
5. 生産性向上、イノベーション
 - ワークプロセス再構築
 - ICT活用
 - 役割分担見直し
 - 事務簡素化、規制緩和 等

[Colombo et al.(2011),Cameron and Moss(2007)等をもとに編者整理]

ただ、県レベルで考えていただく中で、ぜひとも、需要の伸びを減らすという観点を、より意識していただきたい。

現状を問わず推計された必要数の確保をしゃにむに取り組んでいる場合が多い。しかし、もっとハッピーなかたちで持続可能な支え手の組み合わせができるのではないかということを強調したいと思う。

例えば、日本でもさまざまな取組みが進められてきている。

千葉県松戸市では医師会と教育委員会が連携して「まちっこプロジェクト」をすすめている。このプロジェクトは、子どもに伝えることを通じて、それを祖父母や両親に伝えていこうというものだ。

もちろん、介護予防の進展もそうである。インフォーマルについても、総合事業で様々な展開をしている地域もある。必ずしも専門職でなくてもできる生活支援やサポーターづくりを進めている地域も多くでてきている。

「Share 金沢」という大学と連携した、プロジェクトサイクルマネジメントがある。総合事業などでも住民発の活動を促進

していこうという時に、マネジメントをする人材が必要だが、そのような取り組みはまだ少なく、金沢では大学と連携して取り組んでいる。

インフォーマルケアの促進については、要介護者向けの支援とセットで効果的に介護者をサポートするというプログラムも世界的には作られてきているので、そういった可能性もある。まちぐるみで高めていくやり方もあると思う。

この生産性向上、イノベーションについては、ICTの活用やロボットの活用もあるが、改めてワークプロセスを再構築するという考え方、あるいは、どのような職種が組み合わせれば、それぞれの専門性を発揮されていくのかということも、かなり注目されるようになってきている。

お手元の資料の最後にある地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトの中でも、看護、介護、予防、リハビリ、ケアマネジメント、医療の機能を組み合わせ、統合的なケアマネジメントをめざすフラットなチームとしてどのような機能の組み合わせで働くことが、それぞれの力が本人本位で引き出されていくのかというモデルづくりに取り組んでいる。

さらに、規制緩和に関連して、医療保険も介護保険も事業所ごとに、人員、設備の基準があり、運営の基準があるが、もう少しエリア全体で人材を確保して、育てていくといった考え方も進め得るのではないかと思う。

この観点は、各地域ごとにいろいろな取り組みが進んできている。山形県の地元ナースを養成しようという取組み。福島では教育機関が多職種連携の視点を学校教育から養っていこうという取組みが進んでいる。長野県南佐久郡では看護師を医師のように医局・佐久総合病院に全て登録してエリアをまわっていくという取組み、茨城県立中央病院では病院と訪問看護、介護保

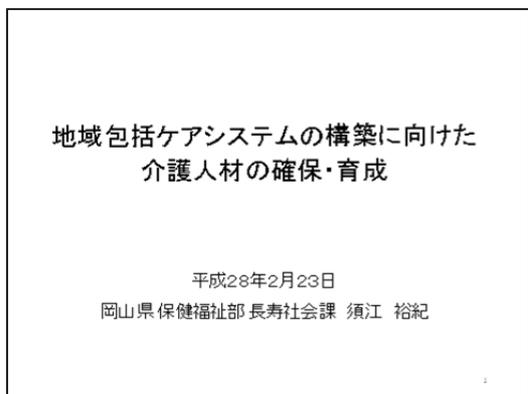
険施設をまわって行ってキャリアを地域としてつけていこうという取組みなど、これらの取組みの中で効果をあげつつあるところもかなりでてきている。

生産性向上・イノベーションについても、ぜひ現場からそれぞれの職種の方がより発揮できるようなチームの在り方、それを支える基準の在り方、さらにエリア全体として人材を確保して、キャリアをつくっていくことによって、それぞれが発揮できる力を高めていこうということは、これからますます問われてくることではないかと思っている。

2) 地域包括ケアシステムの構築に向け

介護人材の確保・育成

岡山県保健福祉部長寿社会課 課長 須江裕紀氏



●岡山県の介護職員の需給推計

まず、県の第6期介護保険事業支援計画の策定にあたって推計した「本県における介護職員の需給推計」である。

「必要となる職員数」は、市町村の第6期介護保険事業計画のサービス量見込みから推計した。

「確保できる職員数」は、近年の入職や

離職の状況、今後の生産年齢人口の減少等の人口動態を見込んだものであり、今後、新たに行っていく施策などの効果は見込んでいない。

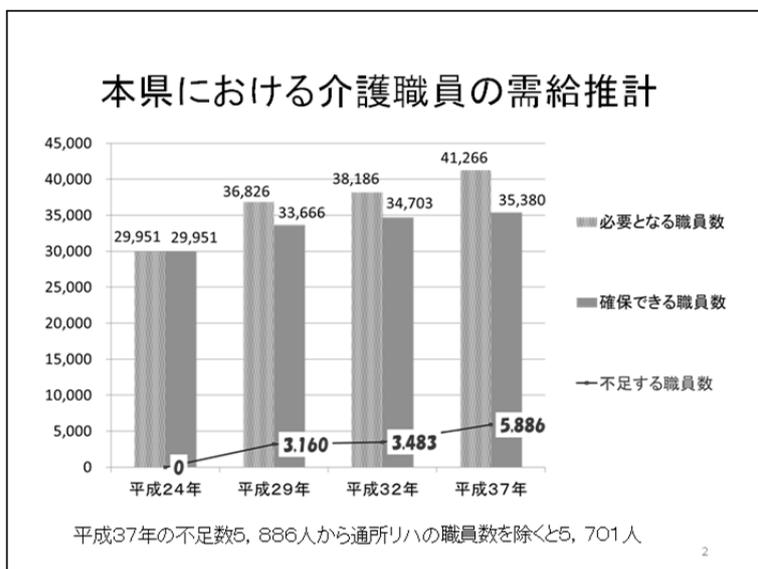
この差が不足する職員数で、10年後の平成37年に「不足する職員数」は5,886人ということになる。

これは、厚生労働省のワークシートを使って算出した推計であるが、全国集計では、通所リハビリテーションの職員数が除かれている。そのため、国の資料では、岡山県は5,701人が不足するというになっている。

●岡山県の要支援・要介護認定者推計

次は、「本県の要支援・要介護認定者推計」である。こちらも、第6期計画を策定する際の市町村の推計を合計している。

平成27～29年度、平成32年度、平



本県の要支援・要介護認定者推計

| 区分 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
|---------|---------|---------|---------|---------------|----------------|
| 県南東部圏域 | 52,982 | 55,366 | 57,937 | 64,206 | 71,032 |
| 県南西部圏域 | 40,145 | 41,396 | 42,649 | 46,102 | 50,645 |
| 高梁・新見圏域 | 6,014 | 6,145 | 6,206 | 6,448 | 6,130 |
| 真庭圏域 | 3,609 | 3,750 | 3,945 | 4,308 | 4,358 |
| 津山・勝英圏域 | 13,433 | 13,858 | 14,331 | 14,963 | 14,844 |
| 県合計 | 116,183 | 120,515 | 125,068 | 136,027 | 147,009 |

(うち要介護3以上)

| 区分 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
|---------|--------|--------|--------|--------------|---------------|
| 県南東部圏域 | 17,630 | 17,820 | 18,052 | 19,359 | 21,570 |
| 県南西部圏域 | 13,200 | 13,517 | 13,760 | 13,667 | 14,791 |
| 高梁・新見圏域 | 2,165 | 2,238 | 2,335 | 2,533 | 2,448 |
| 真庭圏域 | 1,370 | 1,379 | 1,409 | 1,497 | 1,484 |
| 津山・勝英圏域 | 5,059 | 5,148 | 5,269 | 5,514 | 5,503 |
| 県合計 | 39,424 | 40,102 | 40,825 | 42,570 | 45,796 |

成37年度における推計を岡山県全体と5つの圏域にわけてお示しする。

まず、県全体では、平成37年度がピークで、10年間増え続ける。

現在、特別養護老人ホームの入所基準は原則として要介護3以上だが、要介護3以上で集計した場合にも、県全体でみると平成37年度がピークになる。しかし、高梁・新見、真庭、津山・勝英の3圏域は、5年後にピークを迎える。

●岡山県の人口推計

これも市町村計画の推計を合計した「本県の人口推計」である。

岡山県全体では、すでに人口は減っていく状況にある。高齢者人口である65歳以上は5年後の平成32年度がピークで、65歳から74歳までの前期高齢者は減っていく一方で、後期高齢者は増えていく。

医療と介護が必要な方の、多くは75歳以上であるため、増加する後期高齢者への対応をどのようにしていくかが課題となる。

また、圏域ごとにみると、岡山市がある県南東部圏域は、岡山市の影響で、高齢者人口も後期高齢者数もピークが10年後になっている。一方、県南西部圏域には倉敷市があるが、圏域内の他の市が減っていく

ので、高齢者人口は平成32年度にピークがきている。ただ、後期高齢者のピークは平成37年度である。

残り3圏域について、すでに高梁・新見地域は平成27年度が後期高齢者数のピークで、以降は減っていく。一方で、真庭圏域や津山・勝英圏域は平成37年度にピークを迎え、3圏域の中でも高梁・新見圏域は、他圏域と異なる傾向がみられる。

生産年齢人口はお示ししていないが、全体の人口が減る中、高齢者が増えており、減っていく。

これらは市町村計画の計だが、人口推計には社会保障・人口問題研究所の数字も使われる。社会保障・人口問題研究所の数字は、既に平成27年までの数字が異なっていたこともあり、市町村が計画を策定するときに推計した数字で集計した。

社会保障・人口問題研究所の推計による岡山県の高齢者人口のピークは平成32年で、岡山県の推計とほぼ同じような結果になっている。また、社会保障・人口問題研究所では、平成52年まで推計がなされており、それによると平成52年の高齢者人口は約56万人と、平成27年からほぼ横ばいという推計が出ている。一方で後期高齢者数のピークは平成42年、岡山県推計

本県の人口推計(市町村計画の計)

| 県全体 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
|---------------|------------------|-----------|-----------|----------------|----------------|
| 人口 | 1,939,293 | 1,932,918 | 1,925,949 | 1,892,555 | 1,840,775 |
| うち高齢者人口 | 546,433 | 552,771 | 557,269 | 566,902 | 562,988 |
| うち前期高齢者 | 274,273 | 274,133 | 272,907 | 265,434 | 221,569 |
| うち後期高齢者 | 272,160 | 278,638 | 284,362 | 301,468 | 341,419 |
| 県南東部圏域 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
| 人口 | 920,402 | 917,407 | 914,360 | 903,021 | 882,111 |
| うち高齢者人口 | 247,759 | 250,276 | 252,646 | 258,483 | 259,873 |
| うち前期高齢者 | 127,442 | 126,745 | 125,979 | 122,475 | 102,789 |
| うち後期高齢者 | 120,316 | 123,531 | 126,667 | 136,008 | 157,084 |
| 県南西部圏域 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
| 人口 | 720,978 | 720,900 | 720,480 | 710,914 | 698,310 |
| うち高齢者人口 | 198,000 | 201,428 | 203,474 | 208,305 | 206,607 |
| うち前期高齢者 | 103,582 | 103,523 | 102,669 | 98,186 | 79,844 |
| うち後期高齢者 | 94,418 | 97,904 | 100,805 | 110,119 | 126,763 |

4

本県の人口推計(市町村計画の計)

| 高梁・新見圏域 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
|----------------|----------------|---------|---------------|---------------|---------------|
| 人口 | 64,365 | 63,530 | 62,682 | 60,104 | 55,863 |
| うち高齢者人口 | 24,211 | 24,122 | 23,986 | 23,496 | 22,182 |
| うち前期高齢者 | 9,518 | 9,607 | 9,631 | 9,850 | 8,708 |
| うち後期高齢者 | 14,693 | 14,516 | 14,355 | 13,646 | 13,474 |
| 真庭圏域 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
| 人口 | 47,026 | 46,425 | 45,823 | 44,055 | 41,117 |
| うち高齢者人口 | 17,421 | 17,427 | 17,431 | 17,460 | 16,873 |
| うち前期高齢者 | 7,111 | 7,198 | 7,277 | 7,537 | 6,517 |
| うち後期高齢者 | 10,310 | 10,229 | 10,155 | 9,923 | 10,356 |
| 津山・勝安圏域 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成32年度 | 平成37年度 |
| 人口 | 186,521 | 184,656 | 182,604 | 174,461 | 163,374 |
| うち高齢者人口 | 59,042 | 59,518 | 59,732 | 59,158 | 57,453 |
| うち前期高齢者 | 26,620 | 27,060 | 27,352 | 27,386 | 23,711 |
| うち後期高齢者 | 32,422 | 32,457 | 32,380 | 31,772 | 33,742 |

5

の5年後で、約35万人と推計されている。

●岡山県の就業状況

これは、平成22年の国勢調査における就業状況である。

主には学生等である15～24歳、60歳が一般的な定年と考えれば、25～59歳が社会で働かれている方、60歳からリタイアされている方がそろそろ出てくる、75歳以上の方になると、すでに働かないという方も多いということで、このような年齢区分としている。

この年齢区分で、大きくは労働力人口と非労働力人口に区分している。労働力人口の中でも、主に働いている方、家事の他に働いている方、通学の傍ら働いている方、働いているけれども休業している方、完全に失業している方と区分している。非労働力人口とは、働いていなくて、求職もしていない方である。

これらのどの人材の参入促進に取り組んでいくかを考えていく必要がある。

本県の就業状況 (平成22年国勢調査から)

| 区分 | 人口 | 総数 | 労働力人口 | | | | | 完全失業者 | 非労働力人口 |
|--------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|
| | | | 総数 | 主に仕事 | 家事の他仕事 | 通学の傍ら仕事 | 休業者 | | |
| 15～24歳 | 192,140 | 83,813 | 73,800 | 7,775 | 1,960 | 13,232 | 833 | 10,013 | 104,876 |
| 25～59歳 | 830,103 | 691,470 | 643,916 | 562,375 | 71,216 | 1,171 | 9,154 | 47,554 | 126,982 |
| 60～64歳 | 156,250 | 95,008 | 87,269 | 69,573 | 15,783 | 20 | 1,893 | 7,739 | 59,431 |
| 65～74歳 | 234,845 | 73,704 | 69,524 | 48,252 | 18,709 | 22 | 2,541 | 4,180 | 156,965 |
| 75歳以上 | 249,873 | 26,391 | 25,607 | 16,179 | 7,924 | 13 | 1,491 | 784 | 219,688 |
| 計 | 1,663,211 | 970,386 | 900,116 | 754,154 | 115,592 | 14,458 | 15,912 | 70,270 | 667,942 |

| 市町村 | 県南東部 | 県南西部 | 高梁・新見 | 真庭 | 津山・勝英 | 計 |
|----------|---------|---------|--------|--------|---------|-----------|
| 15歳以上人口 | 787,705 | 606,104 | 61,243 | 43,803 | 164,556 | 1,663,211 |
| 労働力人口 総数 | 466,907 | 349,257 | 33,177 | 25,614 | 95,431 | 970,386 |
| 就業者 総数 | 429,146 | 325,587 | 31,609 | 24,173 | 89,601 | 900,116 |
| 医療・福祉就業者 | 52,445 | 38,549 | 3,654 | 3,014 | 10,964 | 108,626 |
| 完全失業者 | 37,761 | 23,670 | 1,568 | 1,441 | 5,830 | 70,270 |
| 非労働力人口 | 315,082 | 241,620 | 27,769 | 17,852 | 65,609 | 667,942 |

6

本来は、25～59歳の非労働力人口に焦点をあてるどころだが、より人が多い60～74歳の活用も含めて検討する必要があり、介護の魅力を発信し、多様な人材が参入いただくような努力をしていくことになると考えている。

就業状況を圏域別にみると、どの圏域も、就業者総数の11～12%の方が医療・福祉の分野に従事されており、その方々が非労働力人口の方に介護の魅力をお伝えいただくことで、人材も入ってくるのではないかと考えている。

●岡山県介護保険事業支援計画

第6期の岡山県介護保険事業支援計画には、平成37年までに目指す姿として、医療、介護等のサービスが切れ目なく提供できる体制の構築、認知症になっても地域で暮らし続けられる社会の実現、医療や介護の専門職と地域住民との役割分担や協働、高齢者がその能力を活かした活動と介護予防の推進などを掲げており、専門職の方や高齢者に活躍いただきたいということである。

この計画の目標の1つである「介護人材の確保」においては、県の福祉人材センタ

第6期岡山県介護保険事業支援計画

平成37年までに目指す姿

- 要介護状態等となっても、住み慣れた地域で最期まで尊厳を保持しながら自立した日常生活を継続できるように、医療、介護等のサービスが切れ目なく提供できる体制の構築
- 認知症になっても、本人の尊厳が重視され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現
- 医療や介護の専門職とボランティアや自治会などの地域住民が、役割分担しながら協働して支える地域ぐるみの体制の構築
- 高齢者が人との交わりや役割を通じて、できるだけ長く活動的な状態を維持できる介護予防推進体制の構築
- 住宅施策と連携して、心身の状態や世帯の状況の変化、所得等に応じて住まい方を選択できる社会の実現

7

一が介護に限らず、福祉人材全般の確保に努めるとともに、関係機関・団体と協働して人材確保に取り組む体制を整備し、具体的に、入職者を増やす、離職者の再就職を促す、離職者を減らす、働きやすい職場づくりに向けた取組みを行うこととしている。

計画の目標

- 在宅医療と介護の連携の推進
- 認知症施策の推進
- 生活支援と介護予防の推進
- 高齢者の住まいの安定確保
- 介護人材の確保
- 在宅サービスの充実・強化

介護職員の確保に向けた取組

- 県福祉人材センター(県社会福祉協議会)において、無料職業紹介、就職相談・斡旋、啓発、研修等を行うとともに、関係機関・団体で構成するネットワーク組織を設置し、人材の確保に取り組む推進体制を整備する。
- 介護分野への多様な人材の参入を促し、職員が生き生きと働き続けることができる環境づくりを行うため、4つの観点から取組を進める。

| | |
|--------------|--------------|
| ① 入職者を増やす | ③ 離職者を減らす |
| ② 離職者の再就職を促す | ④ 働きやすい職場づくり |

●地域医療介護総合確保基金の活用

消費税増税分を活用し、都道府県に基金がつくられ、その中で介護従事者の確保についても取り組むこととなった。その柱としては参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善とされている。

この基金は、平成 26 年度から始まり、医療従事者の確保に関する事業も行っている。平成 27 年度から介護従事者分がスタートし、全国で 90 億円、岡山県は 1.6 億円の予算規模となっている。

地域医療介護総合確保基金を活用した介護従事者の確保

| 参入促進 | 資質の向上 | 労働環境・処遇の改善 |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進 ○ 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職種体験 ○ 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の実践 ○ 介護未経験者に対する研修支援 ○ 遠隔地域等の人材確保が困難な地域における合同就職説明会の実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材キャリアアップ研修支援 ・ 職歴 5 年以上の介護職員に対する研修 ・ 地域福祉研修 ・ 介護実務研修 ・ 介護実務研修におけるアットホーム研修 ○ 各種研修に係る代替費の確保 ○ 離職介護福祉士の再就業促進 ・ 知識やスキルを継承するための研修の実施 ・ 離職した介護福祉士の再就職の支援 ○ 認知症ケアに関わる人材育成のための研修 ○ 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成 ・ 生活支援コーディネーターの養成のための研修 ○ 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 新人介護職員に対するエルダーセンター(新人若手担当若)研修等参入のための研修 ○ 管理職等に対する雇用改善方策の普及 ・ 働きやすさを高める雇用管理改善のための研修 ・ 労働時間短縮、通勤・通学費等の負担のための研修 ・ 介護従事者の負担軽減に資する介護ロボットの導入支援 ○ 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援 |

○ 関係機関・団体との連携・協働の推進を図るための、都道府県単位での協議会の設置
○ 介護人材育成等に取り組む事業所に対する都道府県の認証評価制度の運営支援

出典：厚生労働省資料

岡山県の基金事業計画においても、入職者を増やす、仕事に対するマイナスイメージを払拭する、特に中高生に対するイメ

ジアップや、資格をもつ中高年齢層の離職者の再参入にターゲットを絞った対策などを進めることとし、先ほど申し上げた体制として協議会を設置して事業を行っている。

医療介護総合確保促進法に基づく岡山県計画
(基金事業計画)

介護従事者の確保に関する主な取組

- 介護職への入職者を各種事業の実施により増加させるとともに、県内の労働市場の動向も踏まえ、若い世代や地域住民が持つ介護の仕事に対するマイナスイメージを払拭する。特に中学生、高校生に対する介護のイメージアップや、福祉の資格を持つ中高年齢層の離職者の再参入にターゲットを絞った対策を進める。
- 介護実務の業務に従事する人の更なる資質向上を目指し、介護支援専門員や認知症ケアに関わる人材の養成等を行う。
- 個々の事業所に研修講師が向かい研修を実施して資質の向上に努め、労務管理上の悩みを抱える事業所に対する相談や介護職員からの悩み相談を実施し、離職率の低下を図る。

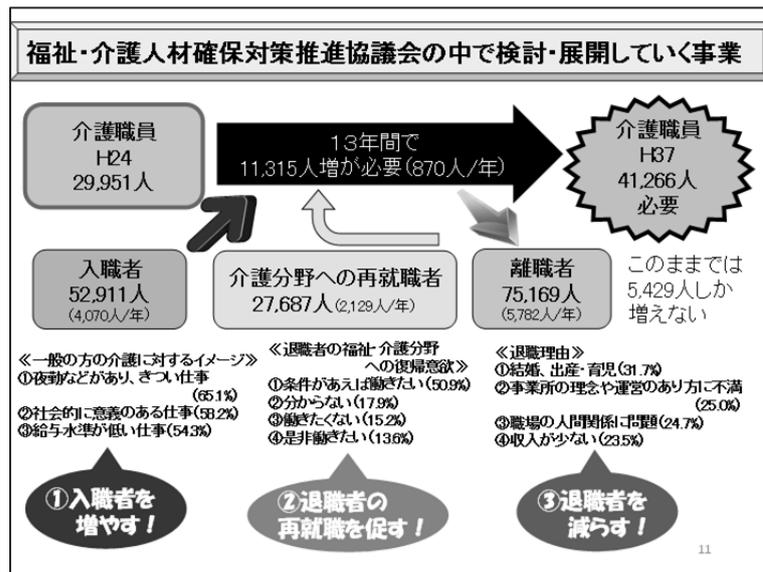
岡山県福祉・介護人材確保推進協議会運営事業等を実施

協議会の中で事業を検討する際に、冒頭に見ていただいた必要となる介護職員に関する取組を整理しており、先ほどと同様だが、入職者を増やす、退職者の再就職を促す、退職者を減らす取組が必要とされた。

入職者を増やす取組みにあっては、平成 22 年の内閣府の世論調査が参考となるが、介護に対するイメージとしては、きつい仕事が 65%、社会的に意義がある仕事が 58%、給与水準が低いのが 54%となっている。

退職者の再就職を促す取組みでは、社会福祉振興センターが行った就労状況調査の結果が参考となる。離職した介護福祉士に対する復帰意欲があるかどうかの調査で、条件があえば働きたいが 50.9%、働きたくないが 15.2%、是非働きたいが 13.6%となっており、少なからず復帰意欲がある方がいることがわかる。

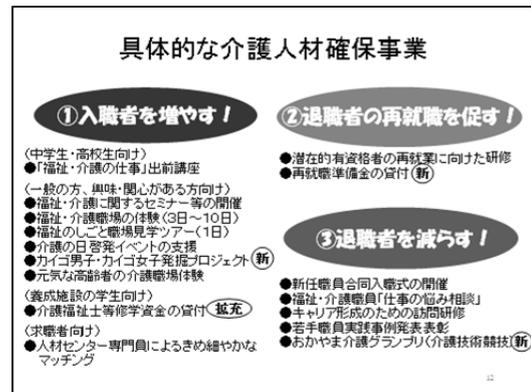
また、介護福祉士の離職理由は、結婚、出産、育児が 31.7%と多い。その他に、事業所の理念や運営のやり方に不満があって辞めたが 25.0%、職場の人間関係に問題が 24.7%、収入が少ないが 23.5%という結果であり、厳しい課題があることがうかがえる。



先ほどの協議会を通じて、様々な事業に取り組んでおり、新たな事業としては、岡山県老人福祉施設協議会で「カイゴ男子・カイゴ女子発掘プロジェクト」に取り組まれている。このプロジェクトはマスコミに報道され、事業がさらに展開していることから、非常に良い成果が出ているのではないかと感じており、イメージアップにつながればと期待している。

また、おかやま介護グランプリも新たな取組みである。これも、新聞に掲載されたが、岡山県介護福祉士会で実施された、食事や入浴、排泄の介助についての技術を競うという事業である。今回、48人が参加し、介護職の魅力をPRしようと公開で行われ、約350人が見学するなど、これも良いPRになったと思っている。

これらの事業のように、イメージをアップさせていくことが重要だと考えている。

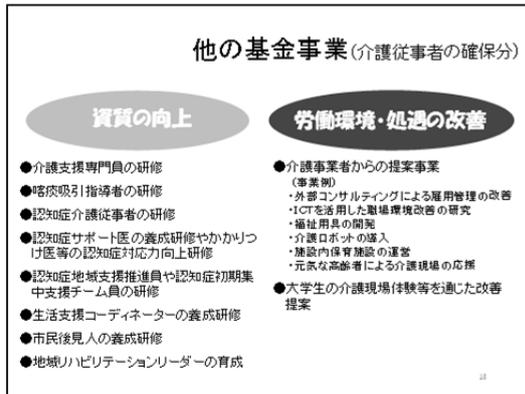


他には、資質の向上に向けて、ケアマネジャーの研修、認知症介護従事者の研修、認知症サポート医の養成研修、かかりつけ医の認知症対応力向上研修などの既存事業についても、この基金の中で取り組んでいる。

また、労働環境・処遇の改善に向けて、介護事業者からの提案事業に取り組んでいる。例えば、外部のコンサルティングによる雇用管理の改善提言や、ICTを活用した研究のほか、介護ロボットとして、入居者がベッドから離れるとセンサーが働くものや起き上がると反応するようなものもいくつかの事業所で導入されている。さらに、元気な高齢者の方々が介護現場を応援するといったことにも取り組んでいた

だいている。

これらの取組みを進める中で、やはりイメージアップと、働きがいや働きやすさを追求していかなければいけないと思っている。



ご承知のとおり、昨年6月に日本創成会議の報告書がまとめられた。その内容は、東京圏が高齢化の危機にあり、平成37年までの43万人の介護難民のうち、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、1都3県で13万人を占めることになることの対応等についてである。

対応として、人材依存度を引き下げることがあげられている。人材が足りないのだから、ICTやロボットの活用、生産性の向上を図り、人材依存を引き下げていこうということである。

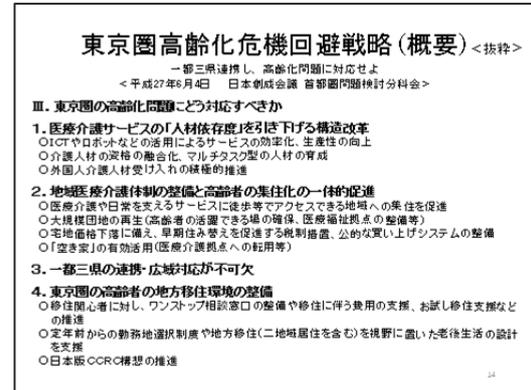
また、介護人材の資格の融合化や、国の根幹に関わる話になるが、外国人介護人材の受入れを積極的に推進することもあげられている。

東京圏であるため、徒歩や公共交通機関でアクセスできるところへの集住、大規模団地に医療・福祉拠点の整備を進めるなどもあげられている。

東京圏で13万人の介護難民が発生するということになれば、東京圏に費用をかけて施設をつくるということも考えられ、当然、人材が必要になる。地方の人材が東京圏に流出していくと、地方の消滅が早まるのが懸念される。そのため、地方の施設

に空きがあれば、希望された高齢者の方を受け入れることで人材流出を防ぐという考えが、日本版CCRC構想につながっている。

ただ、現時点では、岡山県において、施設に余裕があるとは思っていない。



●高齢者虐待の防止

高齢者虐待の状況も付けている。岡山県における養介護施設従事者等の虐待判断件数は、昨年度が非常に多く、また、全国でも増えている状況である。高齢者が増え、サービスが増えているため、増えるのかもしれないが、これをどうやって防止していくかが課題である。

虐待者の年齢や性別の割合も付けているが、元々働いている方の年齢や性別の構成がわからないため、一概には言えないが、技術や知識のない方が虐待してしまう傾向があると考えられている。

様々な団体でイメージアップを図っていただいているが、虐待が一件起こると大きなイメージダウンになる。高齢者の人権保持はもとより、介護のイメージといった側面からも、虐待は防止していかなければならない。

開かれた施設で、住民の方と日頃から交流があれば、イメージも良くなるのではないかと考えている。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況

| 本県 | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 区分 | H18 | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | |
| 通報件数 | 3 | 5 | 14 | 5 | 9 | 6 | 9 | 8 | 19 | |
| 虐待判断件数 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | 8 | |

| 全国 | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--|
| 区分 | H18 | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | |
| 通報件数 | 273 | 379 | 461 | 408 | 506 | 687 | 736 | 962 | 1,120 | |
| 虐待判断件数 | 54 | 62 | 70 | 76 | 96 | 151 | 155 | 221 | 300 | |

| 虐待者の年齢(全国) | | | | | 虐待者の性別(全国) | | | |
|------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|------|
| 30歳未満 | 30代 | 40代 | 50代 | 60歳以上 | 不明 | 男性 | 女性 | 不明 |
| 72 | 63 | 63 | 41 | 22 | 67 | 192 | 132 | 4 |
| 22.0% | 19.2% | 19.2% | 12.5% | 6.7% | 20.4% | 58.5% | 40.2% | 1.2% |

●介護報酬等による介護職員の処遇改善状況

人材確保については、地方でできることは、地方で頑張っってやっていかなければならない。しかし、介護サービス事業所は、介護報酬が決まっているため、努力しても限界があり、制度の抜本的な改革が必要だと考えている。

介護の仕事の月給は、全産業の平均に比べ約 11 万円低いという平成 26 年度の調査結果がある。今回の介護報酬改定の処遇改善加算で 1 万 2 千円増えても、やはり 10 万円ぐらい足りないという計算になる。

介護報酬を上げることが必要だというのと、第 1 号被保険者の保険料は平成 12 年からの 16 年間で倍になっている。一方で、年金がその分増えているかということ、そうではない。そのような状況でこれ以上の負担をかけられるのかということ難しい状況にあるのではないだろうか。

また、介護給付費等に支払う県費は 87 億円が 247 億円になっている。247 億円という金額は、平成 28 年度の県の一般会計予算が 7 千 2 百億円であり、その 3.4% を占めていることになる。

このように、高齢者も県もこれ以上負担できないということになると、今の仕組みでは、介護職員の処遇改善がこれ以上望めないような、厳しい状況にきているのではないかと考えている。

人手が不足し、人手不足だから重労働に

なり、重労働だからイメージがダウンする——、この負のスパイラルの解消に向けて、少なくとも一層の処遇改善策を講じるようにしていかなければならないと考えている。地方で頑張れることは地方で頑張るが、国にもお願いをしていきたいと思っている。

介護報酬等による介護職員の処遇改善状況

| 取組 | 月額実績 |
|--|------------------------------|
| 平成21年度介護報酬改定 +3%改定 (介護従事者の処遇改善に重点を置いた改定) | 平成21年4月～ +9,000円 |
| 介護職員処遇改善交付金(補正予算) | 平成21年10月～平成24年3月 +15,000円 |
| 平成24年度介護報酬改定 +1.2%改定 (介護職員処遇改善加算の新設) | 平成24年4月～ +6,000円 |
| 平成27年度介護報酬改定 ▲2.27%改定 (介護職員処遇改善加算は+1.65%改定) | 平成27年4月～ +12,000円 |

第1号被保険者介護保険料基準額等の状況

| 区 分 | 平成12年度 | 平成18年度 | 平成28年度 |
|-------------------|----------|-----------|-----------|
| 介護保険料基準額(県内加重平均額) | 3,072円 | 4,449円 | 5,914円 |
| 介護給付費等に係る県支出金 | 87億36百万円 | 171億97百万円 | 247億23百万円 |

いずれにしても、県としては、介護職員の方の処遇改善と資質向上、働きがいを維持できるように努めていきたいと考えている。また、県だけではなく、関係者の皆さま方と今後とも頑張っていきたいと思っている。

本日の説明には、県の考え方ではなく、私の個人的な見解も入っていることをご了承ください。

[第5回 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会 報告]

○「地域包括ケアシステムの構築に向けた介護人材の確保・育成」(須江裕紀委員)

- ・岡山県において不足する介護職員数は、これから10年間で5,886人と推計されている
岡山県においては平成37年に向けて11,315人の介護人材が必要。
- ・県全体では要支援・要介護認定の方は10年後に多くなる
岡山市・倉敷市がある県南東部・県南西部を除く場合は、10年後ではなく、5年後がピークとなる
- ・県全体では高齢者人口は5年後がピークで、その後減少していく
県全体では前期高齢者は既に減っていくのみ。後期高齢者は増えていく
圏域ごとに見ると、県南東部は岡山市があるのでピークは10年後になる
- ・生産労働人口は、本来は25歳～59歳を増やしたいが、65歳以上の数が多い
60歳から74歳の人口に対しても働きかけ、多様な人材の参入についての努力をしたい
- ・どの圏域においても、就業者総数の11～12%が医療・福祉の分野に従事している
- ・第6期岡山県介護保険事業支援計画においては、専門職の方に活躍をしてもらいたいということと、高齢者の方に活躍してほしい、ということが書かれている
- ・人材確保に向けては、「入職者を増やす」「離職者の再就職を促す」「離職者を減らす」「働きやすい職場づくり」に取り組む
- ・介護福祉士の資格を持ち、現在離職している方で、介護分野への復帰意欲のある方は少なくない
- ・イメージアップと、働きやすさを追求することが重要
- ・東京圏高齢化危機回避戦略における方向性
人材依存を引き下げることが大切
東京圏の高齢者の地方移住(CCRC)があるが、岡山県でいうと現状で施設が空いてはいない
- ・虐待について、全国でもそうだが、岡山においても通報件数・判断件数が増加の傾向
技術や知識が乏しい方ほど、虐待をしてしまう傾向があるのではないかと
メッセージになる事件がひとつ起きると、大きなイメージダウンになるため、防止しなければならない
- ・制度的な改革も介護人材確保にとっては大切
介護報酬についても国で決まっているので、事業者の努力には限界がある
全産業の平均に比べて、介護の業界は約11万円低いという数字がある。今回の改定で増えたが、やはり10万円ぐらい低い
高齢者の保険料を上げるわけにもいかない、県からの税金でも賄えないとなると、国の方で抜本的に改善しなければ、これ以上介護職員の処遇改善はできないのではないかと
- ・人手不足だから重労働になり、だからイメージが下がる、という負のスパイラルを改善する

○「介護人材不足を問い直す」(堀田聰子氏)

- ・放っておいて安定的に入職者が増える状況ではないが、相対的には増えている
- ・介護職の労働市場は、専門職の労働市場として扱われておらず、そのため、有効求人倍率と失業率で見ると、介護労働市場は景気の影響をかなり受けている

- 全国で共通して、介護職の有効求人倍率は全体の平均を大きく上回っている
- 介護人材はやめていくものだという印象を、一般的にはまだ持たれている
 - 訪問介護のパートで働いている層は大変安定して働いており、離職率が低い
 - 全産業と比べて、入れ替わりが激しい職業だという認識は誤りである
- 同じ報酬の元で、同じ地域で、同じ事業を提供している事業所であっても、離職率には大きな違いがあり、経営の高度化の余地があるといえる
- 離職率は全体として改善傾向にあるが、人手不足感は解消していない
- もう少し効率的・効果的にケアを届ける必要がないか、と各都道府県で考える必要がある
- 国レベルの介護人材確保対策においては、相対的に人が採り易くなると質の問題を前面に出し、人が出ていくと量の問題が全面に出てきていた
 - 県として、場当たりの見通しを立てていくことが重要
- 最初の介護保険法改正の時期は、介護職の不足感がなかった
 - この時の質の議論は、入り口のハードルを上げることや資格の中身を難しくすることだった
- 2007年から2010年のあたりから、量の議論が始まり、処遇改善に着目された
- 介護職員の賃金の水準は、性別や年齢、勤続年数、学歴、雇用形態、というところで分析をすると、全職種の中では中の上ぐらいの水準になる
 - ただし、実際に生活が苦しいからといって辞めていく人がいるのも事実
 - 介護職員の賃金については、どのような正義に立って議論するか、ということが重要
 - 介護職に対してのみ公費を投入することに正義が成り立つのか、という議論が必要
- 制度や報酬のあり方と現場をつなぐものとして、マネジメントについて議論されるようになった
- 量の対策がされた後、再び質の議論へと転換していった
 - 2009年の報酬改定後の質の議論は、より本質的な議論がされていった
 - ストラクチャーと言われる、構造的な指標に対する評価を2009年にした
- 介護サービスの質の3つの切り口は、ストラクチャーとプロセスとアウトカム
- 介護人材確保について、国や市町村、事業者に加え、都道府県レベルでの明確な役割が出されるようになっていった
- 総合的な確保方策については、饅頭型から富士山型へ
- イメージアップは大切だが、同時にきわめて大切なことはリアルな情報
 - 賃金水準等の情報や、その地域の中の他の産業との比較など、リアルな情報を収集し、それを提示していくことが重要
 - 良いイメージは、ネガティブなイメージを持っていない人には意味がある
 - ネガティブなイメージを持っている人に良いイメージを伝えようとしても伝わらない
 - 本人の持つイメージよりも、周りの人々のイメージが入職に影響する
- 都道府県レベルでの介護職数がどのように動いているか、リアルな動きを調べるということが重要
 - 介護人材確保の施策を実施するうえで、どれだけのリソースを振り分けるのかを考える情報になる
- 介護サービスの受給者数と常勤換算の従事者数の増加率についても、都道府県によりバラバラの結果となっていることから、それぞれの都道府県でマネジメントをする必要がある
 - 教育資源の対応状況についても岡山県の現状を調べ、考えていく必要がある

- 単純に介護のキャリアを作っていくだけでは、必ずしもやりがいや定着を進めることにはつながらない可能性がある
 - 必ずしも福祉教育を受けたことや、現場での経験年数や、上位の資格を取っていることが、仕事の満足度を高めているわけではない
- その職場の課題を解決するための力は、学校教育等では身に付かないかもしれない
- 職員の就業継続意向を高めることに、人事制度やキャリアパスの要件を満たすのみでは貢献していない可能性がある
 - より良いサービスをどのように提供するか、という人が多いので、その人たちに対するコミットメントを考える必要がある
- 人材の不足感が最も高いのは訪問介護
 - その理由は、新しい人が採れない、ということ
 - 採用が質と量ともにできている事業所とは、互助の支援や組織化をしている、地域と協働している事業所である
 - ⇒地域に開かれた事業所づくりが採用力を高めることにもつながる可能性がある
- インフォーマルケアラーへの着目
 - EU ではソーシャルインクルージョンの観点からケアラーを位置付けて支援している
 - 背景は日本と似ていて、専門職としてケアを担うだけでは難しく、インフォーマルなケアラーの活用を考えないと立ち行かない、という認識がある
- 労働力人口に占める要支援と要介護の方々の割合は 2015 年段階だと日本で 8.5%だが、2025 年だと 12.1%、2040 年では 17.3%であり、これまでの考え方で担い方を考えていては難しいことが明白である
- ヨーロッパの場合は高齢者に活躍してほしいこととセットで、いかに保護するか、社会から切り離さないか、ということを戦略的に行っている
- 今改めて注目を集めているのが、担い手としての本人である
 - セルフマネジメントの重要性は諸外国で共通のことになっている
- 地域包括ケアが各国で言われている背景は、人口構成の変化、それに伴う疾患構造の変化
 - アウトカムの向上を支えるのは、本人と多職種チームの清算的相互関係
 - 与える人・受ける人という関係ではなく、全ての人が自分の心身の専門家である
- 専門職がやること（飛行機の例えで）
 - 安全な機体をつくること
 - 飛行計画を共に立てること
 - その飛行機に専門職が乗ること（しかし、常にいるわけではない）
 - 何とか一人でも飛び立ってもらうための情報やスキルを獲得してもらうこと
 - 患者の学びをファシリテートすること
- 専門職に求めるコンピテンシーも変わってきている
 - 一人ひとりが自分の心身の専門家としての情報やスキルを獲得し、発揮して学び合える場づくりが重要
 - この教育は進んでおらず、急性期医療の教育が中心に据えられている
- 諸外国におけるケアワーカー確保の柱として、どこの国もやれるアプローチに違いはない
 - 県レベルで考えるときは、需要の伸びを減らすという観点を意識すると良い
 - 要介護者向けの支援とセットで、効果的に介護者をサポートするタイプのプログラムも世

界的にはいろいろと作られてきていて、そのような開発の余地もある

改めてワークプロセスを再構築する、またはどういう職種が一緒にいると相乗効果を高められるのかという研究もある (ex.玉ねぎモデル)

エリア全体で人材を確保し、育てていくという考え方もさまざまなレイヤーで進めうる

- 現場からそれぞれの職種の力がより発揮されるようなチームの在り方、それを支えられるような基準の在り方、さらにはエリア全体として看護やリハビリをはじめとした人材を確保し、キャリアを作っていくことによりそれぞれの発揮できる力を高めていくことが重要

○意見交換

- 思い込みによるものではなく、データに基づいた政策運営を行っていくことが大切
- 人材確保が困難である
 - 介護に対するイメージが悪くなく、それが逆風になっている
 - 施設により状況は異なり、離職率も施設により全く異なっている
 - 目標設定・達成・チームケアができているところは離職が減る
 - 介護福祉士の比率が80%以上の施設では、介護職の離職が20%未満という施設が76%である
 - また、そのような施設では看護職の離職も減少する
 - 専門職同士の連携が図れる施設では介護の質も向上し、かつ離職も減る
 - 離職防止の特効薬は、施設・事業所としての目標をしっかりともち、それを全員で達成していくこと
- 現在、特養の29.7%は赤字であり、この状況から職員の賃金を上げるとするのは難しい状況である
- Buurtzorg (ビュートゾルフ) のマネジメント改革
 - 患者満足度もトップ、スタッフ満足度も全産業のトップ、コストも他の組織の半分という三方よし
 - 三方よしの要因は、「間接費が他と比べて非常に低い」「分業をしない」「住民自身が最善の解決策を持っているという考え方の玉ねぎモデル」にある
 - 間接費が低い要因は、フラットな組織であることと、ICTの効果的な活用にある
 - それぞれのチームが本人中心とした玉ねぎモデルで、本人と看護師中心の専門職の関係性に基いてエビデンスに従ったケアを行っている
 - 役割はミッション共同体のなかでフレキシブルに変化している点が、組織論的に注目されている
- オランダの看護師・介護職は、働きながら学び・高め続けることがごく普通のことになっている
- オランダの場合、産業界と教育界のステークホルダーが協働し、ニーズに合わせて職業プロフィールをリフレッシュし、資格プロセスを整理しており、それを文科省にあたるところが認定するサイクルがある
- 地域包括ケアを支えるうえで、慢性疾患ケアのためのコアコンピタンスが教育のなかに入るべき
- 他の職種に就いてから介護に転職するということを考えると、職場体験を戦略的に進める余地がある

- これからの若者は生まれた時から介護保険があり、核家族時代なので、家族ケアが当たり前ではない
- 50代は親の世代が介護を必要とする世代。その時期にケアの基本的な知識を身に付けることが大切
- 医師等の専門職が地域で報酬をもらいながら自由に仕事ができるよう制度が変わってくると良い
- これからの人口構成で考えると、単一の職種だけでは効率は上がらない
 看護がケースマネジメントを行いながら、介護やりハビリが活かせるようなモデルを作ることが大切
- 看護小規模多機能の活用
 看護小規模多機能などの複数の職種が一緒にやっている事業所などは介護職の学ぶスピードが速い
 職種内の代替が図られることで、各職種のやりがいが高まる
 日本の場合は指示関係がうまく行かない場合があるので、看護小規模多機能等を場として活用しながら、地区の医師会との関係の中で、医療も含めた目標共同体の在り方を追求することが重要ではないか
 事例検討を通じて、非医療職においても利用者の先の見通しについて気づきの引出しは確実に増えていく
- 岡山県は県南に岡山大学医学部、川崎医科大学があり、全国比較でも厚く医師が配置されているが、県北はかなり低い
 県北での医師不足のみならず、県南も県境付近においては不足するという声があり、政策的な配置が必要
 地域でやりがいを持って働く医師の育成を進めていかなければならない
 限られた人材をどのように配置し、医療を提供していくのかを考えることが大切
- 看護職については、平成22年度の検討時に策定された必要な従事者数が平成27年度現在揃っている
 しかし、看護職の不足感があり、平成22年当時の調査とのギャップがある
 ニーズに応じて必要な医療従事者も決まってくる
 介護施設における看護職の不足があるのではないか
- 医療機関の役割と介護との役割分担が進むと、看護職の働く場を今後見直すということが起こりうる
- 就職先について
 看護師については、高梁・新見は大学や専門学校があるが、就職先が少ない
 県北にも一定のニーズが必ずあるため、誘導策が必要
 勤務しながらキャリアアップを図る仕組みも必要ではないか
- 全国的な人材不足から、准看護師養成の機運が高まっているが、看護のベースは看護師である
 准看護師が悩むケースが多く、給与や社会的なステータスも低い
- 本研究会のような外部の有識者を招くような枠組みを市町村単位で進めるべき
 モデル事業的な枠組みを構築できないか
- 人材確保の観点から、良い取組を行っている事業所を認証する制度を岡山で考えられないか

- 地域レベルでの専門職間の連携を推進するため、関係団体同士の連携をさらに強化する事が必要
- 介護保険の総合事業の中で、社会福祉法人が社会貢献をしながら生活支援の充実を図る視点が重要
- ケアカンファレンスが機能しなければ、地域ケア会議をやったとしてもつながっていかない
- 基幹病院に医師が集中して地域偏在が起きている
 - 中国・四国地方全体を見る視点と、岡山県内の中山間地域を見る視点のバランスが必要
- 精神科で勤務する看護職が不足してくるのではないか