

在宅ケアのルネサンス： より人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けて

堀田聡子(国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授)

hotta@iuhw.ac.jp



1

(資料の)目次

- I. 介護労働市場と介護労働力需要
- II. 介護人材確保対策の変遷
- III. 介護人材の確保・育成にかかる分析から
- IV. 諸外国におけるケアの担い手をめぐる
政策・研究の動向
- V. 持続可能な地域ケアモデルに向けて
- VI. トランジションとトランジションマネジメント



2

自己紹介(導入に替えて)



- 実践
- 調査研究
- 政策形成
- <プラットフォーム>(移行の加速)

3

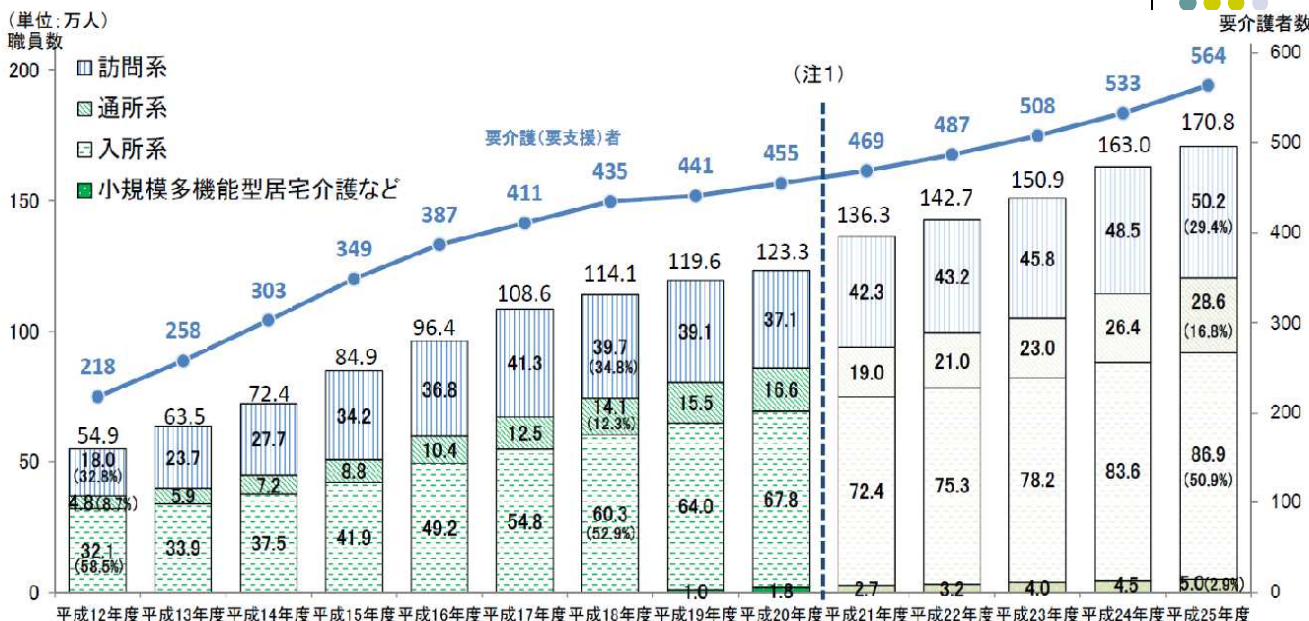


I 介護労働市場と介護労働力需要

4

介護職員数の推移(補正後)

(出所) 第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 参考資料3(2015年2月23日)



注1) 平成21～25年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて補正したもの。
(平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成25年の回収率: 訪問介護80.5%、通所介護86.7%、介護老人福祉施設91.9%)

・補正の考え方: 入所系(短期入所生活介護を除く)・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。
(①「介護サービス施設・事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設・事業所調査」における利用者数を用いて補正)

注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。
(訪問リハビリテーション: 平成12～24年、特定施設入居者生活介護: 平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設: 平成18年)

※「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。

注3) 「小規模多機能型居宅介護など」には、「小規模多機能型居宅介護」の他、「複合型サービス」も含まれる。

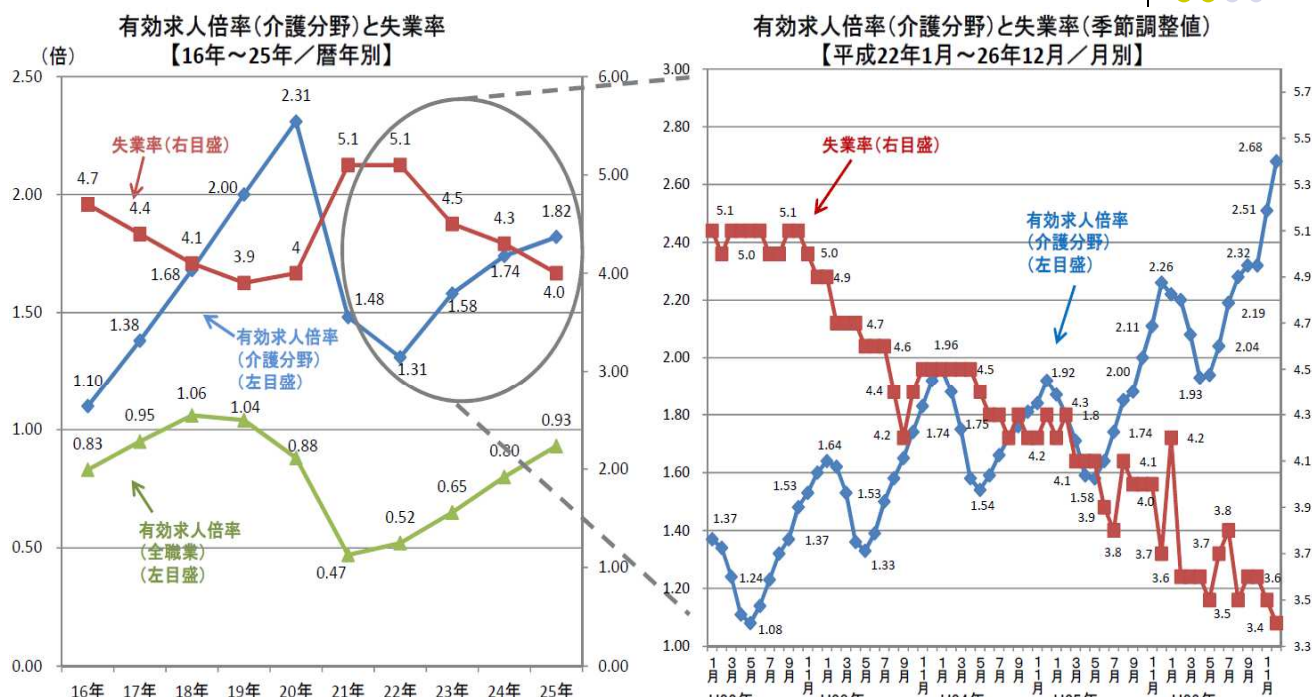
注4) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

【出典】 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)、「介護保険事業状況調査」(要介護(要支援)認定者数)

5

介護分野の有効求人倍率と失業率

(出所) 第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 参考資料3(2015年2月23日)



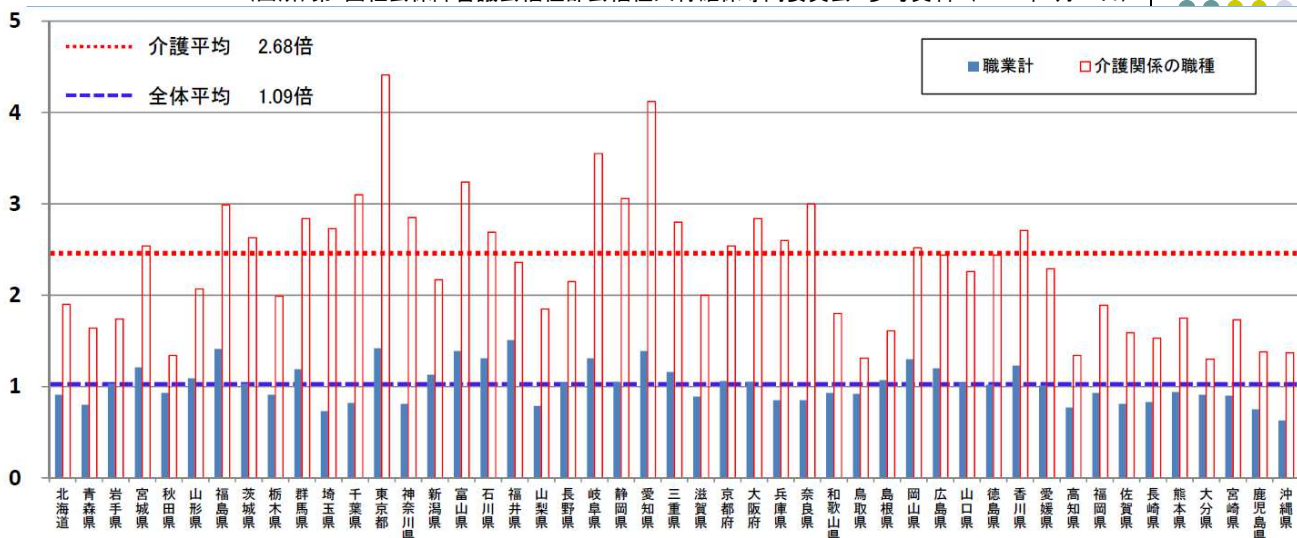
注) 平成22年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

【出典】 厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

6

都道府県別有効求人倍率(平成26年12月)と高齢化

(出所) 第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 参考資料3(2015年2月23日)



注) 介護関連職種は、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

【資料出所】厚生労働省「職業安定業務統計」

75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

入職・離職



表 介護職及び産業計の入職率・離職率(単位: %)

【介護職】

	採用率	離職率
訪問介護員	19.2(19.9)	14.0(14.0)
正社員	26.5(26.9)	18.0(16.8)
非正社員	17.2(18.1)	12.9(13.2)
介護職員	22.7(24.7)	17.7(18.3)
正社員	18.7(20.0)	15.2(15.5)
非正社員	30.1(32.8)	22.1(23.2)

(出所) 介護労働安定センター「平成25年度介護労働実態調査」2012年10月～2013年9月の値。()内は前年の値。

(注) 採用(離職)率: 10月～9月1年間の採用(離職)者数÷前年9月末現在の在籍者数×100。

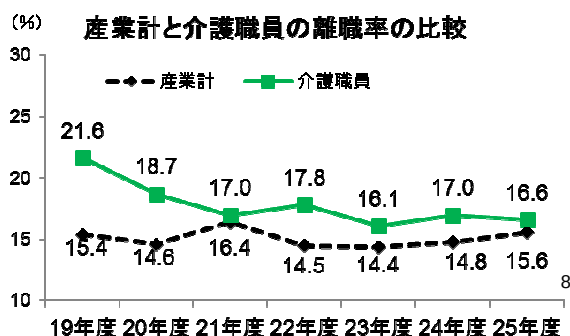
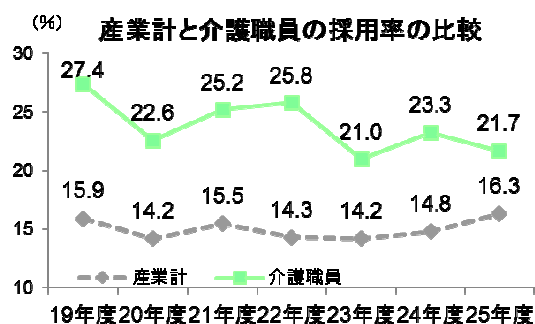
【産業計】

	入職率	離職率
常用労働者	16.3(14.8)	15.6(14.8)
男	13.7(12.4)	13.2(12.6)
女	19.7(18.1)	18.7(17.6)
一般労働者	12.6(11.3)	12.4(11.5)
男	10.8(9.8)	10.7(10.2)
女	16.2(14.3)	15.8(14.2)
パートタイム労働者	26.8(26.0)	24.7(25.1)
男	34.7(34.5)	31.1(33.4)
女	24.0(23.3)	22.4(22.3)

(出所) 厚生労働省「平成25年雇用動向調査」2013年1月～12月の値。

()内は前年の値。

(注) 入(離)職率: 入(離)職者数÷1月1日現在の常用労働者数×100。

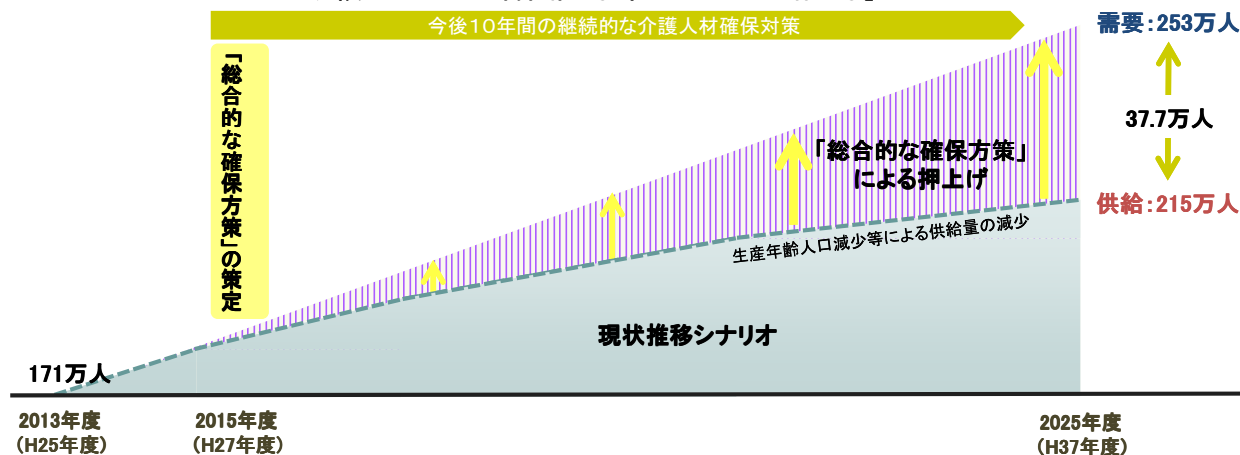




2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

- 都道府県推計に基づく介護人材の需給推計における需給ギャップは37.7万人(需要約253万人、供給約215万人)
- 都道府県においては、第6期介護保険事業支援計画に需給推計結果に基づく需給ギャップを埋める方策を位置付け、2025(平成37)年に向けた取組を実施。
- 国においては、今次常会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像(「総合的な確保方策」)を取りまとめ、2025(平成37)年に向けた取組を総合的・計画的に推進。
- 3年1期の介護保険事業計画と併せたPDCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を充実・改善。

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)



注1) 需要見込み(約253万人)については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計
注2) 供給見込み(約215万人)については、現状推移シナリオ(近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)
注3) 「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人(社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。)

9



1-2-3-3 介護職員の需給の将来推計

- 2035年時点の介護職員の需給を推計すると、介護職員が68万人不足すると見込まれる。

<人材需要(折れ線グラフ)の推計方法(2015年～2035年)>

厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より、性・年齢階級別の介護(予防)サービス受給率を算出し、将来人口推計を掛け合わせることで、経済産業省が推計

人材需要の推計は、経済産業省の推計であり、厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」について、の需要見込みの推計結果と異なる。



<人材供給(面グラフ)の推計方法>

(2015～2025年)
厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」の2013年・2017年・2020年・2025年の全国推計値

(2025～2035年)
厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」の2020年・2025年間の増減率と、生産年齢人口の減少率より、経済産業省が推計



Ⅱ 介護人材確保対策の変遷

社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会(平成27年2月25日)

『2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて』

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075800_1.pdf

同委員会第4回参考資料2(平成27年2月23日)

「介護人材確保の総合的・計画的な推進について(案)」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075027.pdf

11

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¹²

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

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)

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 のなかで「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・・・個々人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)

15

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
- 「・・・北欧諸国ではじ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しての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。・・・」

16



国家戦略・プロフェッショナル検定

介護
PROFESSIONAL

キャリア 段位制度

「実践キャリア・アップ戦略」の推進により、介護分野へ参入する人材を増やします。

LEVEL 7
LEVEL 6
LEVEL 5
LEVEL 4
LEVEL 3
LEVEL 2
LEVEL 1

一般社団法人 シルバーサービス振興会
シルバーサービスセンターと提携し、シルバー人材センター

企業や事業所ごとにバラバラに行われている職業能力評価に、「キャリア段位制度」という共通のものさしを導入することで、成長分野における人材育成を目指します。

- これまでの資格制度で不足していた「実際にその現場で何ができるのか」という部分を補うため、「わかる(知識)」と「できる(実践的スキル)」の両面を評価します。
- 対象業種の1つとして、成長分野である介護サービスの従事者に対して、「介護プロフェッショナル」のレベル認定が行われます。
- 「介護プロフェッショナル」については、既存の国家資格制度や研修制度との関係も考慮し、特に、実践的スキルについて重点的に評価します。
- エントリーレベルからプロレベルまで、7段階でレベル認定を行います(キャリア段位)。
- 介護プロフェッショナルでは、まずレベル1からレベル4について基準をつくり、レベル認定を行います。

職業能力	わかる(知識)	既存の研修修了
	できる(実践的スキル)	共通基準で評価



ここがポイント!

- 職業能力を評価する「共通のものさし」をつくり人材育成を目指す
- エントリーレベルからトップ・プロレベルまで7段階のレベル認定
- 「わかる(知識)」と「できる(実践的スキル)」の両面を評価

17

「介護保険制度の見直しに関する意見」における介護人材確保のイメージ



国・都道府県・市町村・事業者の主な役割

国
・介護報酬改定等を通じた処遇改善の取組等、4つの視点に基づき総合的に施策を推進 ・介護保険事業(支援)計画の基本指針と連動した福祉人材確保指針や介護雇用管理改善等計画の見直し ・介護人材の需給推計ツールの提供など都道府県への支援
都道府県
・介護保険事業支援計画等に基づき、介護職員の研修など、4つの視点からの取組 ・必要となる介護人材の需給推計の実施 ・関係団体や関係機関などを集めた協議会の設置運営
市町村
・事業者の介護人材確保に向けた取組の支援 ・生活支援の担い手を増やしていくための取組
事業者(事業者団体)
・選ばれた事業所となるための魅力ある職場作り等も含めた介護職員の処遇改善への取組 ・業界自らのイメージアップへの取組 ・業界全体としてマネジメントに関する情報の提供と意識改革 ・複数事業所が共同で採用や研修を行うなど事業所の連携強化

取組の4つの視点

視点①: 参入の促進

介護業界のイメージアップの推進、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ、情報公表や適切なマッチングなど多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組 等

視点②: キャリアパスの確立

研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップやキャリアパスの確立 等

視点③: 職場環境の整備・改善

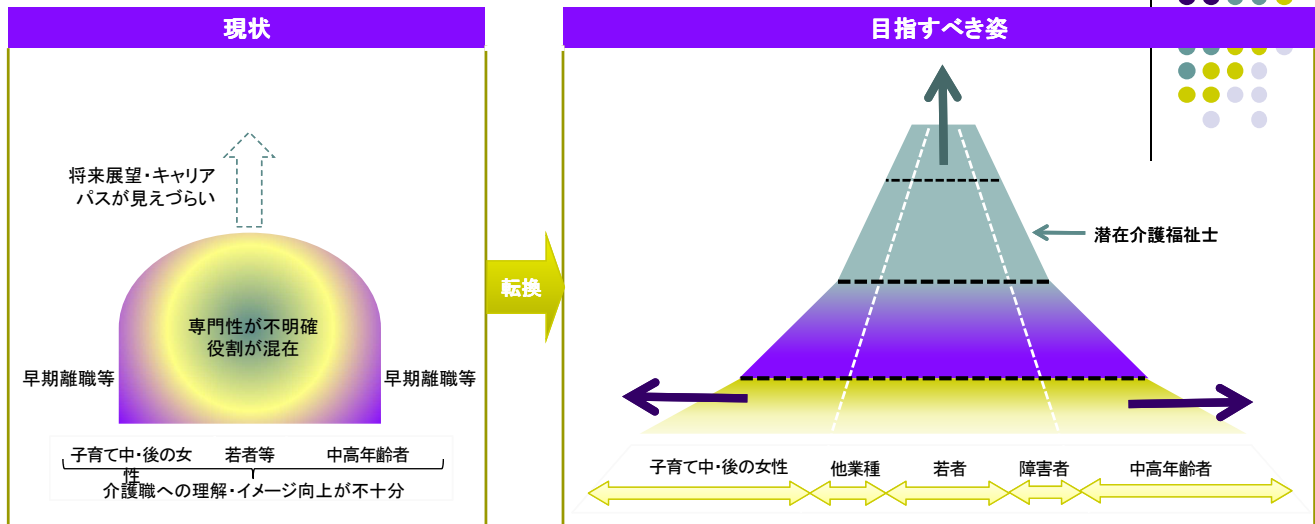
介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善 等

視点④: 処遇改善

介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討 等

18

「総合的な確保方策」の目指す姿



参入促進	1. すそ野を拓げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る
労働環境・処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についた者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

19

19

「総合的な確保方策」の主要施策



目指すべき姿	主要施策
参入促進	1. すそ野を拓げる ～多様な人材の参入促進を図る～ - 介護の3つの魅力(楽しさ・深さ・広さ)の情報発信によるイメージアップ - 高校教師・親の理解促進、地域志向型の若者の掘り起こしの強化 - 中高年齢者の地域ボランティア参画等の促進 - 他産業からの参入促進を図るため、通信課程を活用 - 福祉人材センターの機能強化(サテライト展開やハローワークとの連携等)
労働環境・処遇の改善	2. 道を作る ～キャリアパスを構築する～ - 資格取得の支援(実務者研修の受講期間の柔軟化等) - 離職した介護福祉士の届出制度創設と再就業支援対策の強化 - 介護人材のキャリアパスシステム整備の推進 - 代替職員の確保等による研修機会の確保
	3. 長く歩み続ける ～定着促進を図る～ - 介護人材1人当たり月額1万2千円相当の賃金改善 - 人材育成に取り組む認証・評価の実施による人材育成取組の「見える化」の推進 - エルダー・メンター制度の導入支援による早期離職の防止 - 事業所内保育所の運営支援による出産・育児との両立支援 - 雇用管理改善の推進(介護ロボット導入支援やICTの活用等) - 社会福祉施設職員等退職手当制度を見直しによる定着促進
資質の向上	4. 山を高くする ～継続的な質の向上を促す～ - 介護福祉士の資格取得方法の見直しによる資質向上 - 介護福祉士の配置割合の高い施設・事業所に対する報酬上の評価 - マネジメントや医療的ケア・認知症ケアなどの研修の受講支援
	5. 標高を定める ～人材の機能分化を進める～ - 限られた人材を有効に活用するため、その能力や役割分担に応じた適切な人材の組合せや養成の在り方を検討 - 介護福祉士養成カリキュラムの改正等 - 未経験者等に対する入門的な研修等の構築

国・地域の基盤整備

- 国が示す人材確保のための「基本的な指針」の対象を介護サービス全般へ拡大
- 地域の関係主体が連携する場を構築し、人材確保のプラットフォームを創設

【法令】
【予算】

20

20



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37)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ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・生活支援が包括的に確保される「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。

① 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図るための改修等に必要な経費の助成を行う。(634億円)

② 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

※基金の負担割合 国2/3 都道府県1/3

(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: +0.56%、その他: ▲4.48%)

21

21

Ⅲ 介護人材の確保・育成にかかる分析から

労働政策研究報告書No.168『介護人材需給構造の現状と課題』(2014)

<http://www.jil.go.jp/institute/reports/2014/0168.htm> より全文ダウンロード可能

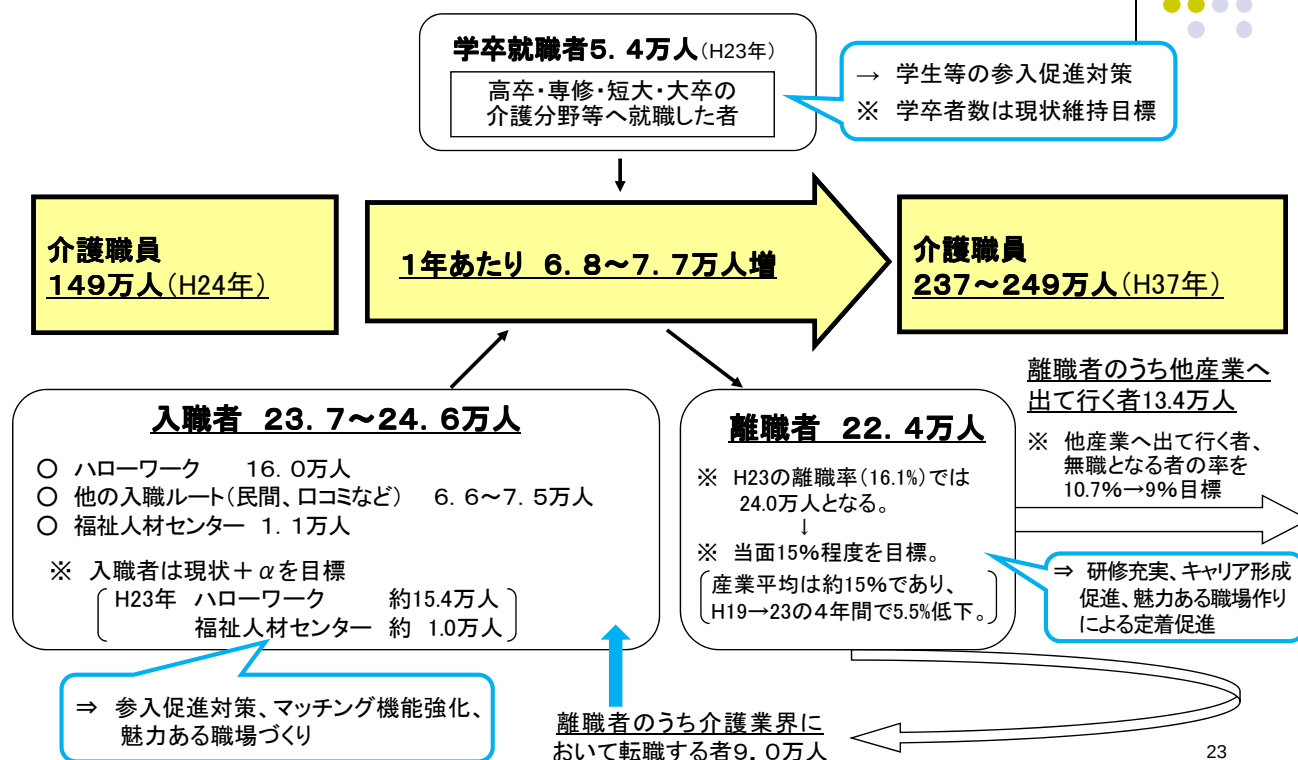
資料シリーズNo.161『介護人材確保を考える』(2015)

<http://www.jil.go.jp/institute/siryo/2015/161.html> //



背景：介護人材確保の見通しと施策

【出典】第47回社会保障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				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)	3力年の 平均値		
大学	17,840	18,160	17,962	18,000	12,400	・厚労省調査(保育課調べ)に基づき保育士(2540人)を除外 ・学校連盟調査から、相談援助職(1513人)、事務職(208人)、その他職(1320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試算し、計上
専修学校	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(専修学校の介護福祉士養成施設の卒業生からの実数値に近いとみなした)
高等学校	15,269	15,946	16,728	16,000	15,900	・厚労省調査(看護師就業状況調査)に基づき衛生看護科卒業生(約100名とした)を除外
合計	54,244	57,827	58,178	56,800	36,400	

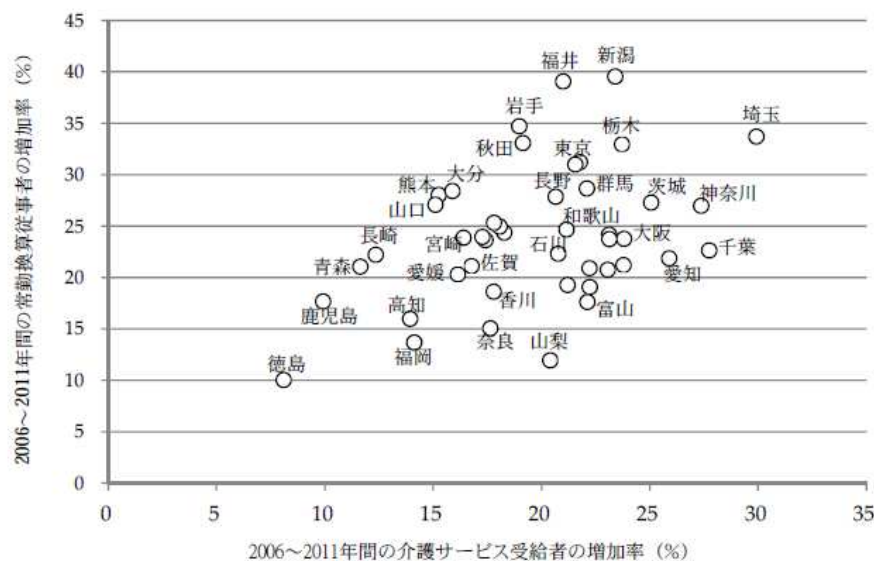
出所：筆者作成（諏訪徹氏作成）

- 転職・無業からの入職者数の根拠確認も必要

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、福島県を除いている。

出所：厚生労働省「介護給付費実態調査月報（2006 年 11 月審査分、2011 年 11 月審査分）」、「介護サービス施設・事業所調査（2006 年、2011 年）」より作成

（川越雅弘氏作成）

● 都道府県で異なる需要と対応しない教育資源

25

職場の課題に対処しうる資格・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
		B	B	B	B	B	B
しきい値(満足)	不満足	-3.425 ***	-4.185 ***	-3.289 ***	-2.763 ***	-3.407 ***	-3.373 ***
	やや不満足	-2.072 ***	-2.664 ***	-1.954 ***	-1.208 ***	-1.884 ***	-1.800 ***
	普通	0.132	-0.322	0.235	1.476 ***	1.072 *	0.906 ***
	やや満足	1.897 ***	1.419 *	2.009 ***	3.110 ***	2.510 ***	2.584 ***
性別	女性	-0.184 ***	-0.459 **	-0.218 **	0.039	-0.025	-0.070
年齢		0.000	-0.004	0.000	-0.004 +	-0.016 **	-0.004
学歴(基準: 中学卒)	大学・大学院卒	-0.182	-0.065	-0.212	-0.205	-0.219	-0.345 +
	高校卒	-0.305 ***	-0.375 *	-0.259 **	-0.273 ***	-0.189	-0.206 *
	専門・短大・高専卒	-0.259 ***	-0.232	-0.185 *	-0.225 ***	-0.039	-0.192 *
主な仕事(基準: 介護職員)	訪問介護員	0.216 *			0.262 *		
	サービス提供責任者	0.247 **			0.314 **		
	介護支援専門員	0.286 **			0.263 **		
事業所類型(基準: 施設・入所型)	訪問系	0.320 ***	0.422	0.490 **	0.301 **	0.505	0.132
	施設系(通所型)	0.333 ***	0.135	0.352 ***	0.217 ***	0.395	0.231 ***
	その他	-0.323 *	-0.494	-0.299 +	-0.493 **	-0.592	-0.410 *
就業形態(基準: 正社員)	長時間非正規	-0.066	-0.016	-0.068	-0.136 +	-0.129	-0.044
	短時間非正規	0.271 **	0.236	0.322 *	0.381 ***	0.043	0.647 ***
	その他・不明	0.056	0.227	0.039	-0.004	-0.016	-0.035
都道府県別平均給与に対する比		0.588 ***	0.650 *	0.756 ***	0.628 ***	0.041	0.986 ***
福祉教育	あり	-0.159 **	-0.295 +	-0.200 **	-0.122 *	-0.122	-0.182 *
現職経験年数		-0.002 ***	-0.001	-0.002 ***	-0.001 **	0.000	-0.002 **
就業経験	他職経験あり	0.015	0.015	0.019	0.011	0.164	0.004
資格(基準: ホームヘルパー2級のみ)	介護福祉士	0.130 *	0.158	0.135 +	0.164 **	0.336 *	0.105
	その他	0.088	-0.234	0.158 +	0.130 *	-0.136	0.161 +
N		8,564	1,166	5,028	8,478	1,145	4,991
Nagelkerke		.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⁶
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

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

27

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	介護保険事業に従事する従業員数	-0.009	0.004 **
法人の事業所数＜複数＞	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 **
介護報酬上の地域区分＜その他＞	特別区（東京 23 区）	-0.233	0.378
	特甲地	-0.432	0.247 *
	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）	連帯・参加	0.496	0.206 **
	育成型職場	0.093	0.217
	キャリア開発	-0.591	0.207 ***
	希望聴取	-0.165	0.157
訪問介護員の稼働管理	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 *
	地域メンバーシップ	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: < > はリファレンス・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

28



IV 諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向

29

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



1. 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
- 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

[Room et al.(1992), European Commission(2008)等]

30

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、実践の精緻な把握、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蓄積〔Fujisawa 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〔Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.〔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〔Razavi(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〕〕

31

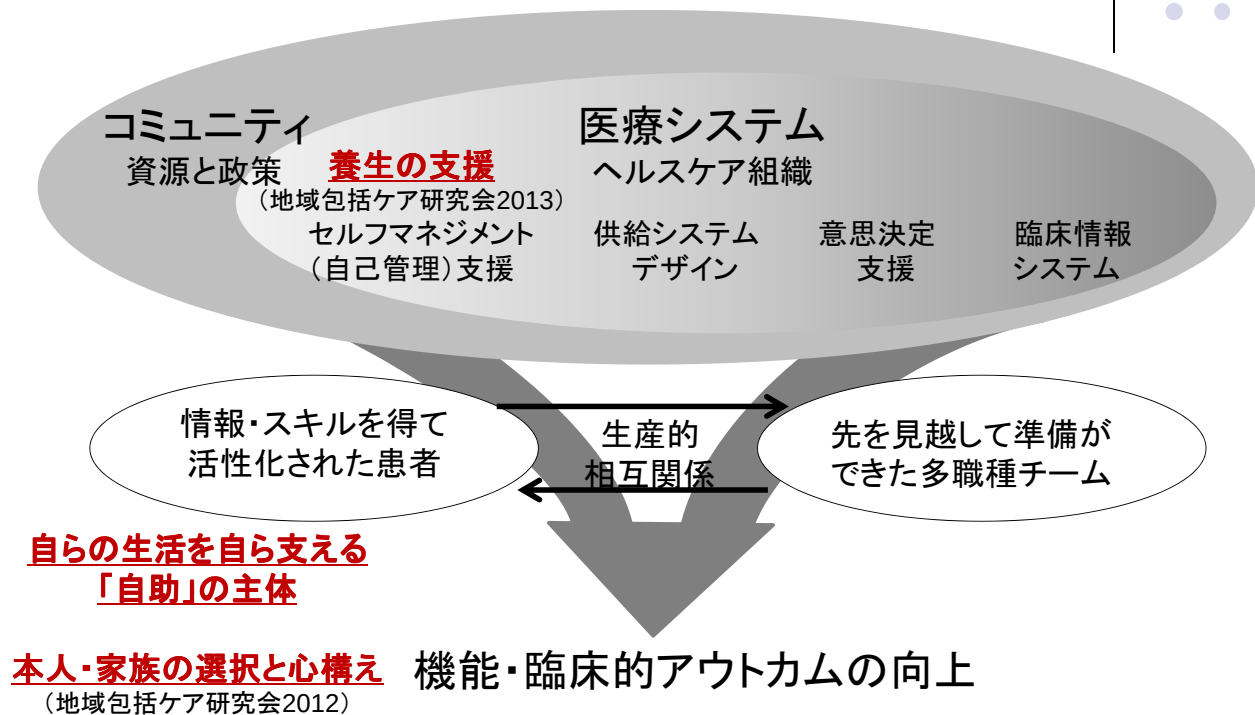
4. ケアの担い手(主体)としての患者・利用者

- 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」〔猪飼(2010)〕における専門職のイニシアティブに基づく治療の「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〔Lorig et al.(1999)、Expert Patients Programme Community Interest 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・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme〔松繁(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〔Wiles and Higgins(1996)、Gabe et al.(2003)〕

32

Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM)

患者-専門職 関係をこえて



33
出所: Wagner et al. (1999, 2001)

(参考)慢性疾患ケアのための コアコンピタンス



1. 患者中心ケア

- 効果的なコミュニケーション
- 健康行動変容のサポート
- セルフマネジメント支援
- プロアクティブアプローチ

2. 協働 (Partnering)

- 患者と
- 他の提供者と
- コミュニティと

3. 質向上

- プロセス・成果の測定
- 学習→変化
- エビデンスを実践に反映

4. ICT

- 患者の登録
- パートナーとのコミュニケーション
- コンピュータ技術の活用

5. 公衆衛生視点

- Population-based care
- 予防重視とケアの連続を横断する働き
- プライマリケア主導のシステム

出所: WHO (2005)、Nolte and McKee (2008)

(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: ケアラーになりたいか/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

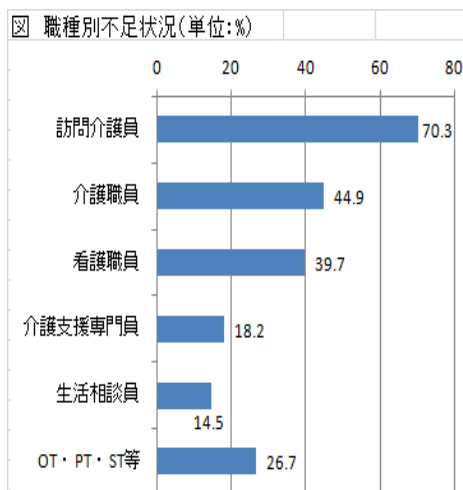
出所: <http://www.eurocarers.org/index.php>

35

(参考)地域に開かれた事業所づくりと人材確保



- 職種別人材過不足状況: 訪問介護員の不足感が高い
- 人材不足の理由(従業員全体でみて不足の事業所、MA):
 - ① **採用困難**(66.0%)、②事業拡大したいが人材確保できない(26.2%)、③離職率が高い(19.8%)
- 離職率分布: 訪問介護員・介護職員の離職率は0%の事業所が多くを占め、10%未満まであわせると約5~7割(離職率30%以上の事業所も約2~3割)



出所: 堀田聡子「介護労働市場の現状と課題ー採用・離職と過不足感をめぐって」労働政策フォーラム(2012年9月)資料

- 訪問介護員を人数・量とも採用できている事業所の特徴(訪問介護員がいる事業所全体との比較)
 - 法人規模、事業展開、事業所規模の特徴見られず
 - 民間少なく社協以外の社福やや多い、地域区分「その他」が多い、事業所開設・介護事業開始が約1年早い
 - 人材育成の取組み充実度(自己評価)が高い
 - ・ 研修計画立案等高い
 - 稼働日毎に一度事務所立寄りが多い
 - **地域に開かれた事業所づくり**
 - ・ 事業所の設備や建物等を地域に開放、祭りなど地域行事に事業所として参加、民生委員・関係機関等とともに地域の見守りのネットワークに参加、他の事業所等と連携した利用者の支援について手順やマニュアルを整備(連携パス等)、地域や学校において介護や健康づくり等に関するセミナー・教室を開催・支援、職員派遣、介護者の集いを開催・支援、職場見学・職場体験や実習の受け入れ、ボランティアの受け入れ

(参考)2025年における地域包括ケアを支える各人材の役割分担(イメージ)

【医療・リハビリ】

	現在	2025 年
医師	・ 定期的な訪問診療 ・ 急変時対応 ・ 看取り	・ 在宅医療開始時の指導 ・ 急変時の対応・指示 ・ 看取り
看護職員	・ 診療の補助(医行為) ・ 療養上の世話	・ 病状観察 ・ 夜間を含む急変時の対応 ・ 看取り
PT・OT・ST	・ リハビリテーション実施	・ リハビリテーションのアセスメント・計画作成 ・ 困難ケースを中心にリハビリテーション実施

【介護職など】

	現在	2025 年
介護職員	・ 身体介護 ・ 家事援助	・ 身体介護 ・ 身体介護と一体的に行う家事援助 ・ 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 ・ 要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施 ¹⁶ ・ 日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練等) ・ 他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言
介護福祉士	・ 身体介護 ・ 家事援助	・ 身体介護 ・ 身体介護と一体的に行う家事援助 ・ 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援(民間事業者・NPO等)	・ 配食 ・ 日々の移動の手伝い ・ レクリエーション	・ 家事援助 ・ 配食 ・ 日々の移動の手伝い ・ レクリエーション

(注1) 上表は居宅サービスの場合のイメージ。

(注2) 施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

(注3) 地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

(出所) 平成21年度地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai1/siryou8.pdf

37

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)等をもとに堀田整理]

38



V 持続可能な地域ケアモデルに向けて

オランダの在宅ケア組織Buurtzorg:

http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986_04

医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号・2016年5月号で大型特集、
同『病院』2014年6月号で寄稿

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト(2015年3月~2016年3月)
実施概要:

http://www.orange-cross.org/wp-content/themes/theme_clm2/images/cs.pdf

報告書は7月頃には一般財団法人オレンジクロスのホームページで公開予定

<http://orange-cross.org/>

39

(事例)急成長するオランダの在宅ケア組織BUURTZORG



<事業者概要ーBuurtzorgNederland>

- **地域看護師**が2006年に起業した
非営利の在宅ケア組織
- 2007年に1チーム4人でスタート
→全国約850チーム、約10,000人の
ナース(看護・介護・リハ職)約7万人の
利用者(2016年)
- バックオフィス50人、コーチ16人
- 利益率約8%、間接費8%
(他の在宅ケア組織の平均は25%)
- **利用者満足度トップ**
従業員満足度全産業トップ
利用者あたりのコストは他の在宅ケア
組織の半分

Better Care, Better Work, Lower Cost!

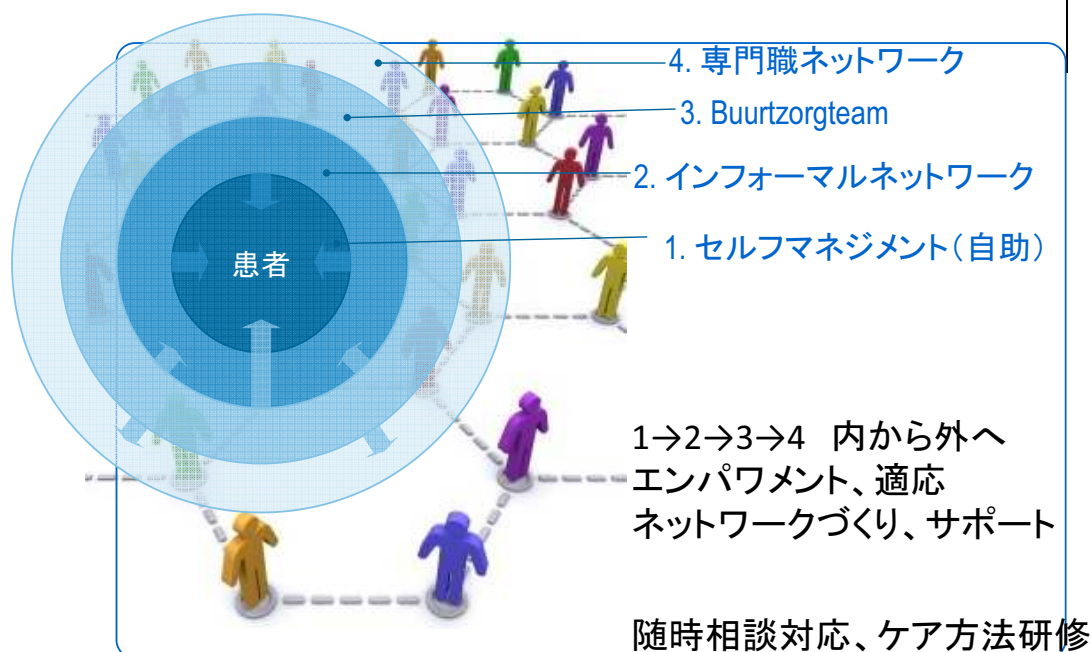
- スウェーデン、米国、中国、日本、韓国、シンガポール...

<特徴:地域ナースによる統合ケア>

- **約70%が地域看護師**
- あらゆる年齢・疾患・障害をもつ利用者に
 - ① アセスメント・ケアプラン作成
 - ② インフォーマルネットワークの活性化
 - ③ 専門職ネットワーク(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
 - ④ QOL向上に向けた看護・介護・ガイダンスの提供
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - ⑤ 共感的・社会関係支援の提供
 - ⑥ セルフケアの支援 を実施
- **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
 - ケースマネジメントとケア・サポートの分業をしない
 - 全人的ケア・サポート提供(機能別分業しない)
- 本人・家族・地域と協働(専門職によるケアを次第に置き換え)
- **地域に根ざす予防プロジェクトも推進**

40

BUURTZORGの玉ねぎモデル



41

フラットな組織とICT: 人間的なケアに向けて

＜シンプルでフラットな組織＞

- **1チーム最大12人のナース、チームに管理者や事務職はいない。**
- 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量**
- **チームミーティングで役割の確認とリフレクション。**
- **利用者との対話、リフレクションとBuurtzorgwebをつうじた継続的で能動的な相互学習**
- **小さなバックオフィスは**ヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与支払等。
- **コーチ16人**

＜Buurtzorgweb: ナースとともに進化するICT＞

1. コミュニティ～ナレッジマネジメント"ba"
 - ミッション共有と連帯感醸成
 - 事例やイノベーションの相互学習
 - チームとバックオフィスのコミュニケーション
 - 組織の意思決定
2. OMAHAシステム: **ケアの見える化**
3. チームコンパス: **生産性の見える化**
4. 業務管理

42



移行に向けた冒険：多様な関係者との継続的な対話・創発

Buurtzorg → **Community nursing, GP,**
テーマ：2011年1月 ビュートゾルフ→2012年4月・10月・2013年2月 +それを支える仕組み

Multidisciplinary **Primary care**

2013年10月 +家庭医療、多職種協働プライマリ・ケア、ディープリーダーシップ

→self management team, **Team Spirit**

2014年3月 +チーム論、ケア内容の見える化、

→**Accountability** → Transition

質と生産性のアカウンタビリティ、トランジション（移行・転換）...2014年10月

Public, Open, TV, Radio, Papers..

対象：一般、公開/非公開 新聞・ラジオ・テレビ

continuous dialogue
継続的な多様な立場の人々との対話

Professionals closed discussion,
さまざまな専門職、職能団体、事業者団体
(health/social), professional org.

policy people, academics, **Patient,**

厚労省、自治体 研究者 患者
nursing school, study visit, exchange knowledge
看護学校 研修受入 ナレッジ共有

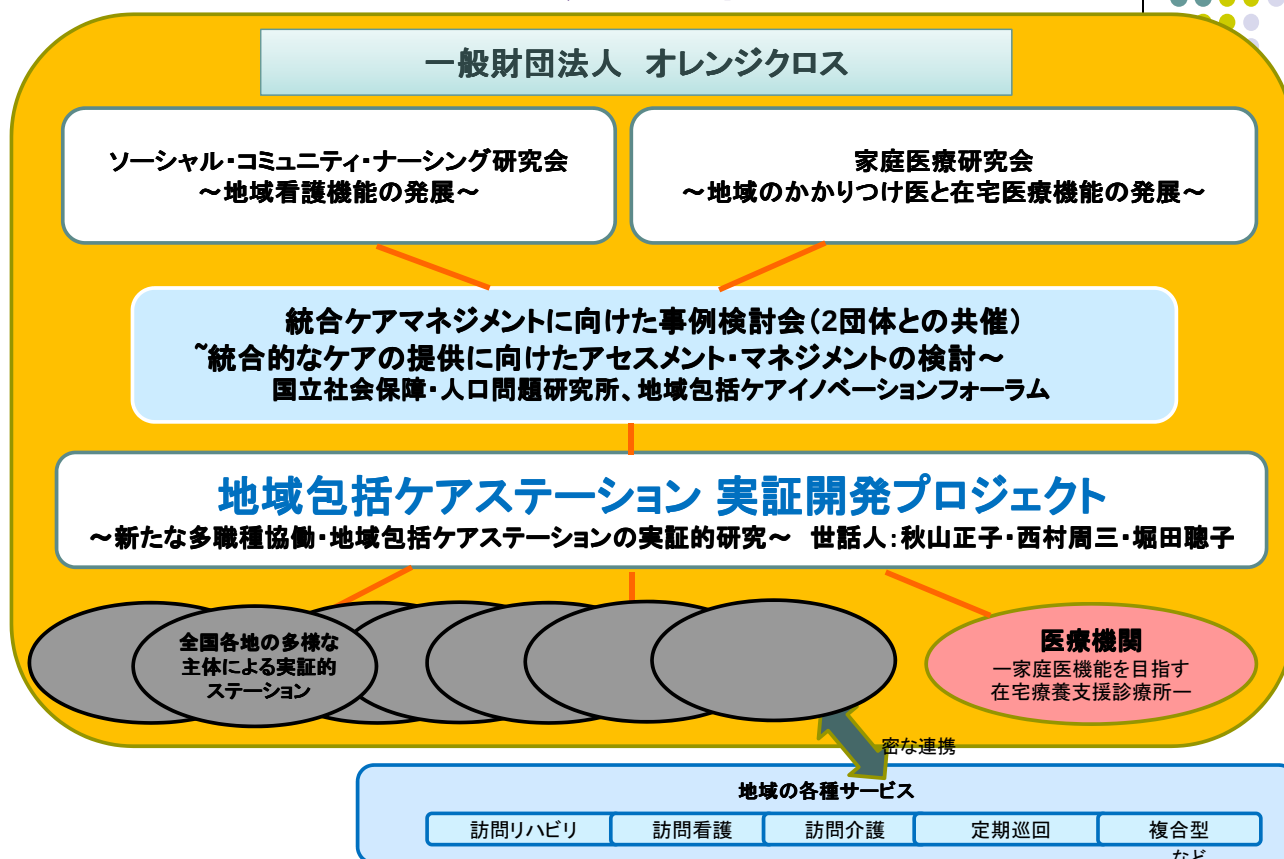
various **gatherings, field visit** for discussion in the community



2010年秋 福祉、2011年1月/2012年1月/10月：介護・医療保険事業、2013年2月：保健・福祉、10月、2014年3月：まちづくり...



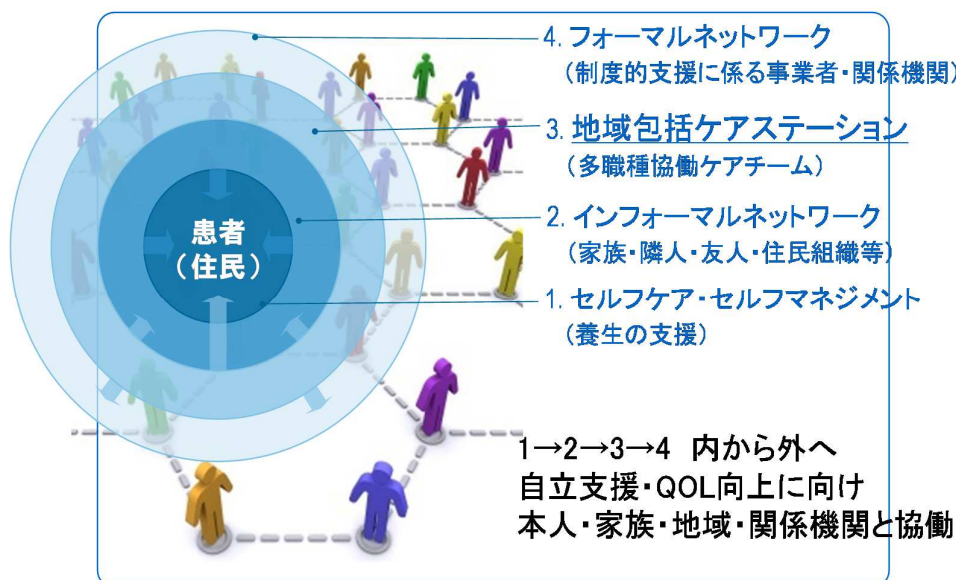
地域に根ざす生涯を通じた住民本位の統合ケアへ： オープンイノベーションプラットフォーム



地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのミッション



住み慣れた地域でのその人らしい暮らしの継続を支える
持続可能な地域ケア（玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた
患者中心／住民本位の統合ケア）の実現を目指す



45

地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのビジョン



- 地域包括ケアにかかわる国内各地の参加主体におけるパイロットステーションと、世界的に成功事例のひとつとされるオランダのBUURTZORG(ビュートゾルフ)のナレッジを共有し、
- 専門職、研究者、関係団体、行政等による継続的な対話・議論・評価を行いつつ

①より質の高いケア (Better Care)

②より働きがいのある仕事と働きやすい職場 (Better Work)

によって ③コストを下げる (Lower Cost) ことができる

持続可能な地域ケアの中核をなすことが期待される

多主体多職種協働ケアチーム（以下、「地域包括ケアステーション」）
を実証的に開発

46

「地域包括ケアステーション」 パイロットステーションのイメージ



- **玉ねぎモデル**に基づき
- 年齢や疾患・障害の別を問わず、**生涯を通じて**
- (少なくとも)「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」
「ケアマネジメント」
- 「医療」**機能**を組み合わせ **統合的なケア**をめざす
- **フラットなチーム**

47

21都道府県から38「チーム」が参加



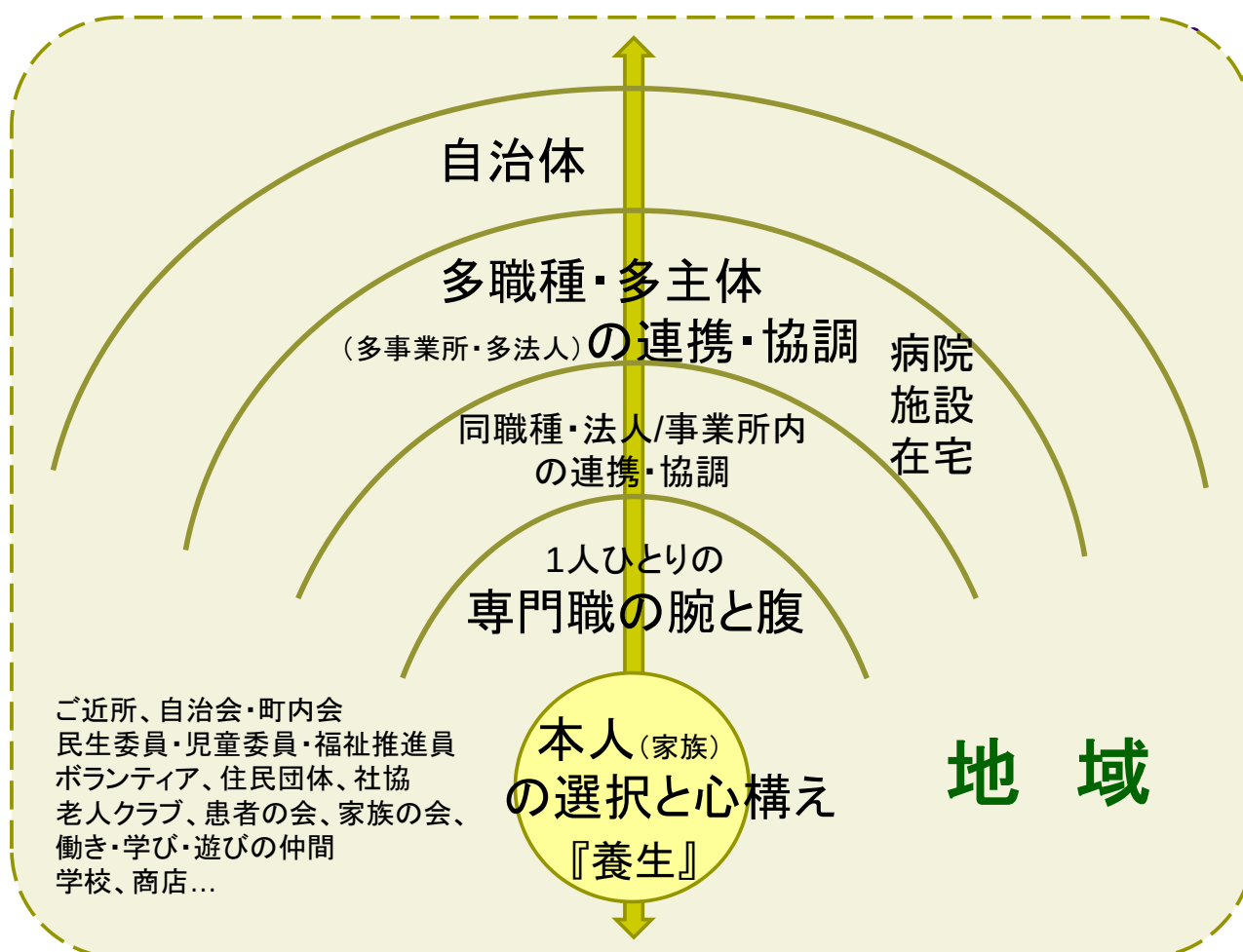
48

各チームが事業計画を策定・推進



- 事業の背景と目的
 - 事業の背景／チームの問題意識（地域の人口構成や資源の現状と将来像、住民意識、それらを踏まえた地域の課題等）
 - 目的
- 事業内容
- 各地域・チームにおける、問題意識や目的を踏まえた玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた患者中心／住民本位の統合ケアの実現に向けた事業内容（新たな取組み、実践の進化）について、
 - パイロットステーションのイメージ（どのように「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合をはかるか）
 - チーム内の情報共有、地域住民や関係機関・ステークホルダーとの意識共有や連携のあり方
- スケジュール
- 期待される成果とその把握方法

49



(資料1)オランダにおけるケア提供体制の変遷



- 伝統的に: 宗教的基盤を背景とする救済・ケア
- 近代以降: 互助的基金による疾病・失業等の健康・社会上のリスクのカバー、実際のケアの担い手は宗教・宗派別民間非営利組織
- 19世紀末～1940年頃: 現代福祉国家の萌芽
- 第二次大戦後～1970年代: 福祉国家の拡大
 - 分権性(補完性原理)・受動性
 - 1960年代: 短期医療保障・長期ケア保障枠組みの整備、脱病院化(ナーシングホーム急増)
- 1970年代後半～: 脱施設化、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの機能分業、地域医療・予防重視、プライマリ・ケア一体性向上・強化 **水平統合**
 - 社会政策上の要請(自己責任、互助促進)
+ 当事者による「自立」「選択の自由」の要求に基づく流れ
 - 「代替」: ナーシングホーム→ケアホーム→高齢者住宅や地域へのサービス提供、治療→予防、二次医療専門医→家庭医、医師→看護師→介護士、専門職→インフォーマルケア、保険市場→一般市場...
 - 「個別仕立てのケア」
 - **プライマリ・ケアの中核領域: 家庭医・地域看護・ホームケア・ソーシャルワーク**
(1983年プライマリ・ケア白書)

51



- 80年代後半: **垂直統合**
中間ケア-オランダ版Chain of care
(Ketenzorg)の萌芽、住まい機能が向上した
独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせ
- 90年代後半～:
脳卒中や糖尿病のケア提供者の地域
ネットワークにおける疾患管理プログラムの実践・評価、
ケア基準の整備
- 2000年代:
政府による慢性疾患の疾患管理プログラム推進、成果に
基づく包括払いへ(ケアグループ)
- 統合ケアの新たなテーマとしての認知症

52

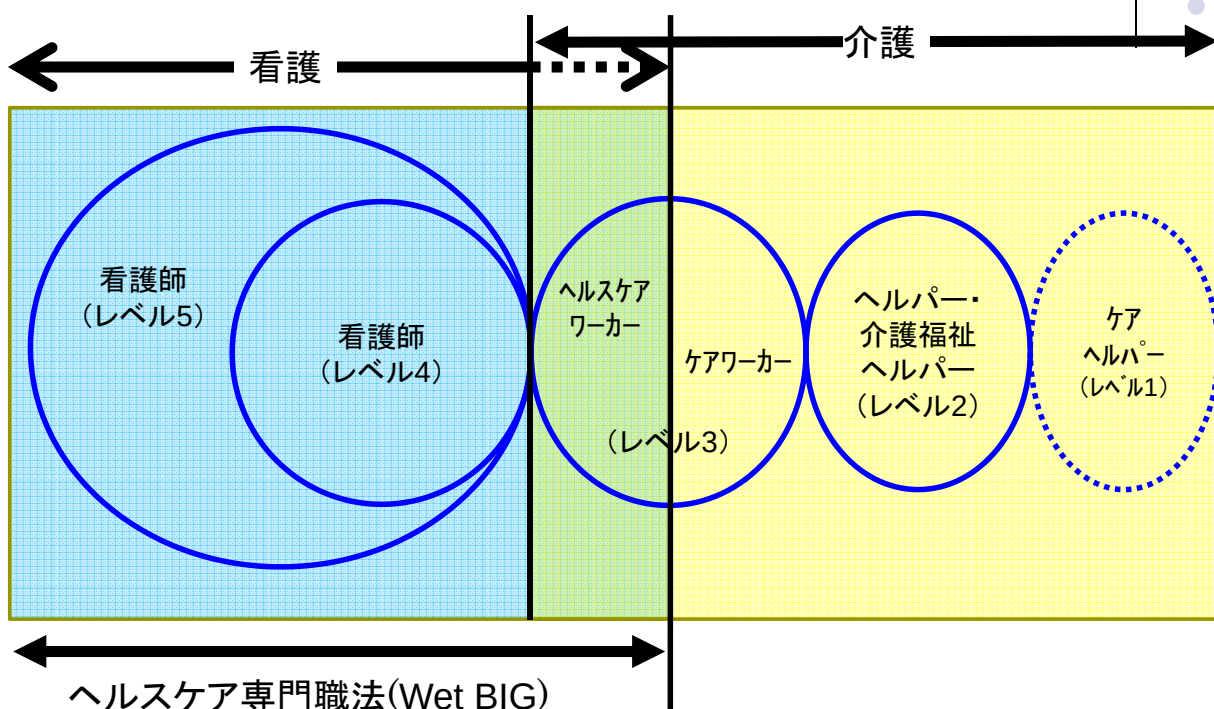
(資料2-2) 良質で効率的な家庭医療を支える仕組み



- 教育
 - 全国8つの医科大学で3年間の家庭医療専門医教育を実施
 - 病院等で1年間の臨床経験ののち受講
 - 1・3年目: GPクリニックでインターンシップ、大学で週1日研修
 - 2年目: 分野別プログラム(ナースিংホーム、精神科、救急)
 - 年間40時間の生涯研修義務
 - 医療、コミュニケーション、ピアレビュー
 - 任意の専門研修、二次医療専門医との合同教育
- 地域の健康データとエビデンスを反映した診療ガイドライン
 - 1970年代から診療内容を蓄積、1991年から全国家庭医療情報ネットワークを構築~疾病・処方箋・紹介についてのビッグデータ
 - 電子カルテを完全導入(ICPCに基づく評価・診断・記録)
 - アカデミックGP
 - →EBMのための100を超える診療ガイドラインを家庭医学会、家庭医協会(+看護介護協会)が構築・随時更新
- 多職種協働

55

(資料3-1) 看護・介護職の資格構成(1997~)



(資料3-2) 看護・介護職の資格モジュール (2011年レベル1～3部分抜粋)



モジュール	ケアヘルパー	介護福祉ヘルパー	ケアワーカー・ヘルスケアワーカー	看護師	看護師
	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づく仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓			
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 質の保証・能力開発(ケアヘルパー)		✓			
206 社会の中での発達1		✓	✓	✓	
301 介護計画			✓		
302 基礎介護			✓	✓	✓
303 予防と健康教育			✓	✓	✓
304 看護入門			(✓)		
305 ケアのコーディネート			✓		
306 質の保証・専門性向上(ケアワーカー)			✓		
307 社会のなかでの発達2			✓	✓	
308 慢性疾患・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、新生児ケア			✓		
312 短期ケア			△		
313 産褥ケア			△		
314 高齢者ケア			△		
315 慢性疾患ケア			△		

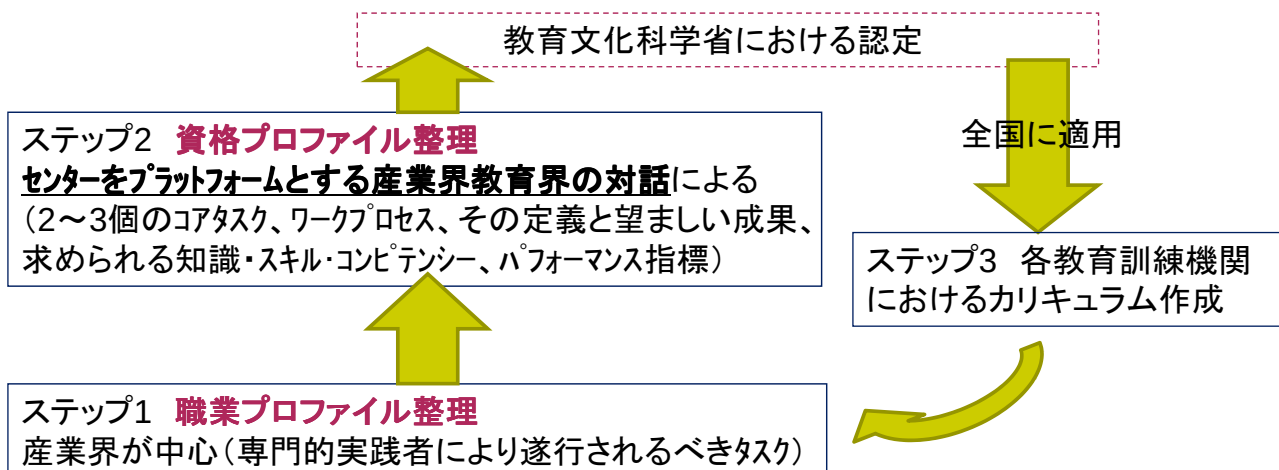
(資料3-3) 職業教育訓練労働市場知識センター



● 職業教育訓練労働市場知識センターの機能

- 産業界(使用者団体・専門職団体・労働組合)、教育界(中等職業教育評議会・教育訓練機関)のステークホルダー協働による資格構成整備・発展
- 実地訓練受入機関認定・質モニタリング

※ケアに関連するセンターはヘルスケア、福祉、スポーツセクターを横断するもの





● 保健福祉スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センター

2011-2012資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスカアアシスタント	看護・介護		
レベル 4	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医補助者	看護師	障がいソーシャルワーカー、専門 保育士、青少年ケアワーカー、 ティーチングアシスタント、コミュニティ ワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツエカサイズ コーディネーター
レベル 3	—	ヘルスカアワーカー	ソーシャルワーカー、保育士	// ワーカー
レベル 2	—	介護福祉ヘルパー		// ヘルパー
レベル 1	—	ケアヘルパー	—	—

出所: Calibris提供資料をもとに堀田作成。中等職業教育レベルのみ掲載。OT/PT/ST等は高等職業教育レベル。

- 課題は多いものの、産業界教育界が常に対話を繰り返し、**環境変化に対応して職業プロフィールに基づく資格プロフィール更新・カリキュラム改訂を続ける**
(硬直化させない) **ヘルスケア・福祉・スポーツ領域を横断するプラットフォーム**
- ただし高等職業教育レベル(レベル5学士 以上)は 教育訓練機関が資格構成の発展を担う

出所: 堀田聡子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」JILPT Discussion Paper Series 12-07
<http://www.jil.go.jp/institute/discussion/2012/12-07.htm>

59

(資料4-1) 医療・介護・生活支援・予防をめぐる 制度枠組み (2014年現在、2015年改正により移行中)



健康保険法(ZVW)
治療可能な疾患に関する短期の医療(cure)

特別医療費補償法(AWBZ)→Wlz
1年以上の長期療養・介護(care)

強制加入の医療保険
＜医療保険の3層構造＞
第1層: AWBZ
第2層: ZVW
第3層: VHI(補完的保険・任意)

社会支援法(Wmo)
社会参画・生活支援(social support)

公衆衛生法(Wpg)
予防・保健(public health)

地方自治体が主体
公費+自己負担

60

(資料4-2) 長期ケア改革の方向性(2015W1z)

