

- 2009年4月の介護報酬改定により、介護職員の賃金の上昇が見込まれる⁹とともに、平成21年度第1次補正予算によって創設された介護職員処遇改善交付金において、介護職員1人当たり月額平均1.5万円の賃金引上げに相当する額が介護事業者に対して交付される。これらの施策を受けて、介護職員の賃金の上昇が見込まれる。
- なお、短時間労働者については、税や社会保険料についてのいわゆる「103万円の壁」「130万円の壁」等によって就業調整が生じるとの指摘もあり、訪問介護員等の実数が確保しにくい事業者では、時間給の上昇によって労働時間数が減少し、かえって労働供給量が減少する可能性があり、賃金上昇に躊躇する場合がある。

【賃金の状況】¹⁰

		産業計	訪問介護員	施設介護職員	ケアマネジャー	看護師	准看護師	保育士
一般労働者	きまって支給する現金給与額(千円)	328.8	211.7	215.8	260.3	322.0	277.1	215.9
	勤続年数(年)	11.6	4.4	5.2	7.1	6.8	9.9	7.7
	平均年齢(歳)	40.9	43.9	35.8	44.9	35.9	44.5	33.5
短時間労働者	1時間当たり所定内給与(円)	999	1,269	1,009	1,352	1,643	1,453	980
	勤続年数(年)	4.7	4.3	3.3	3.7	4.2	5.4	4.9
	平均年齢(歳)	43.1	52.3	47.8	50.8	43.6	46.7	41.3

出典：平成20年賃金構造基本統計調査（厚生労働省）

（介護人材の意識）

- 介護職員として働く理由として「働きがいのある仕事だと思ったから」、「人や社会の役に立ちたいから」といった理由を挙げる者が多いことから、やりがいを求めて介護分野に入職してくる者が多いと考えられる。
- 働く上での悩み、不安、不満等として、「仕事内容のわりに賃金が低い」、「人手が足りない」、「身体的負担が大きい」といった雇用環境に対する悩み等のほか、「利用者に適切なケアが来ているか不安」、「介護事故で利用者に怪我をさせないか不安」等のケアの実施に対する不安を挙げる介護従事者が多い。また、サービス類型別に見ると、施設介護職員等では、夜勤の際の不安を挙げている者が多い。

⁹ 「平成21年度介護従事者処遇状況等調査結果（概要）」（厚生労働省）によれば、調査時点で調査対象施設・事業所に平成20年及び平成21年ともに在籍していた介護従事者の平成21年の1ヶ月あたりの平均給与額は、前年同月と比較して平均で約8,900円の増加となっている。

¹⁰ ここでの「訪問介護員」とは、平成20年賃金構造基本統計調査の「ホームヘルパー」のことであり、ここでの「施設介護職員」とは、平成20年賃金構造基本統計調査の「福祉施設介護員」のことである。

- 多くの事業所が「早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策」として挙げている事項は、「賃金・労働時間等の労働条件を改善する」、「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」、「非正社員から正社員への転換の機会を設けている」、「労働時間の希望を聞く」となっている。

(事業者による取組み)

- 現行では、介護事業者を含む社会福祉関係事業者は、全産業と比較して、労働法規を遵守していない場合が多い。

【労働基準法違反事業場比率】

	平成 19 年		平成 20 年		
	社会福祉施設	全産業	社会福祉施設	全産業	
違反事業場比率	75.0%	67.9%	77.5%	68.5%	
主要条文別	労基法第 15 条 (労働条件の明示)	14.3%	10.6%	15.5%	11.2%
	労基法第 32・40 条 (労働時間)	34.0%	24.6%	32.2%	25.2%
	労基法第 37 条 (割増賃金)	32.7%	17.5%	35.8%	18.1%
	労基法第 89 条 (就業規則)	26.9%	12.7%	24.3%	12.5%
	労基法第 108 条 (賃金台帳)	13.3%	6.7%	14.9%	7.0%

出典：労働基準監督年報

- また、離職率・賃金・人材育成の状況については、事業所規模が小さい場合、その状況が良好でない傾向にある。介護事業者は小規模な事業者が多く、事業者内部での教育やキャリアアップが十分に行いにくい事業者が多いものと考えられる。

【事業所規模（従業員）別の離職率（介護職員全体）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
離職率	26.6%	22.7%	25.9%	21.2%	18.0%	15.5%

出典：平成 20 年度介護労働実態調査（(財)介護労働安定センター）

【事業所規模（従業員）別の平均月収（介護職員全体）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
平均月収(万円)	20.2	16.7	17.2	17.7	20.2	20.0

出典：平成 20 年度介護労働実態調査（(財)介護労働安定センター）

【事業所規模（従業員）別・人材育成の取組みのための方策の実施割合（％）】

事業所の従業員数	～4人	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100人以上
教育・研修計画を立てている	32.8	38.6	45.6	52.1	57.0	64.0
教育研修の責任者又は担当部署を決めている	21.0	22.1	26.8	34.0	40.0	46.8
採用時の教育・研修を充実させている	19.3	29.6	34.7	38.7	43.1	49.7
自治体や業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させる	41.2	40.1	47.6	50.8	53.4	54.6

出典：平成20年度介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）

（地域ごとの状況）

- 事業所の所在する地域別に離職率を比較すると、市部では離職率が高くなり、町村部では離職率が低くなる傾向が見られる¹¹。
- また、都道府県別に介護関係職種の有効求人倍率を比較すると、職業計の有効求人倍率の高い東京・大阪・愛知とその周辺地域は、有効求人倍率（平成22年1月）が1.5を超えている場合が多いのに対し、東北・北海道、九州では、ほとんどの県で1.0を下回っている。
- 地域ごとでは介護関係の方が職業計よりも有効求人倍率が高くなっていることから、いずれの地域でも、介護人材の確保は相対的には難しい状況であると言えるが、地域ごとの状況を勘案すると、都市部での介護人材の確保がより難しくなっていると考えられる。

（人材を巡る状況・まとめ）

- 介護人材は不足傾向にあるが、その状況は、就業形態、サービス類型や地域によって相違がある。具体的には、事業者内で中核的な役割を担うことが期待される一般労働者については、全産業平均と比べて、賃金が低く離職率が高い傾向にある一方で、短時間労働者については、全産業平均と比べて、1時間当たりの所定内賃金が高く離職率が低い傾向にある。こうした相違を勘案しながら、人材確保のための対策を講じていくことが必要である。
- また、賃金面での改善の必要性が強調されることが多いが、介護人材の中には、やりがいや能力の向上、働きやすい職場環境の整備を求める声も多い。地域やサービス類型が同一であっても、事業者ごとに介護人材を巡る状況にはばらつきが見られると

¹¹ 平成20年度介護労働実態調査によれば、介護職員全体の離職率は、政令指定都市・23区では19.9%、他の市・区では19.0%、町村では15.1%となっている。

ころであり、事業者による雇用管理等が重要であると考えられる。実際、離職率の動向や人材育成の取組みは、事業者ごとに大きな差異があり、事業者による雇用管理等の取組みが重要であることが示唆されている。さらに、地域ごとに人材を巡る状況が異なっていることを勘案すれば、地域ごとの取組みが重要であるともいえる。

⑤2025年超高齢社会の到来と人材の見通し

- 2025年に向けて、地域包括ケアシステムを構築していくためには、地域包括ケアの提供に資するような人材を育成することが必要である。
- また、2025年に向けて、高齢化の進展に伴い、必要となる医療・介護ニーズが増大し、サービス提供を担う人材の必要量が増大する。社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」によれば、医療・介護分野全体の人材数は、2007年時点では385万人だったが、2025年には、551万人～684万人程度を確保する必要があると推計される。

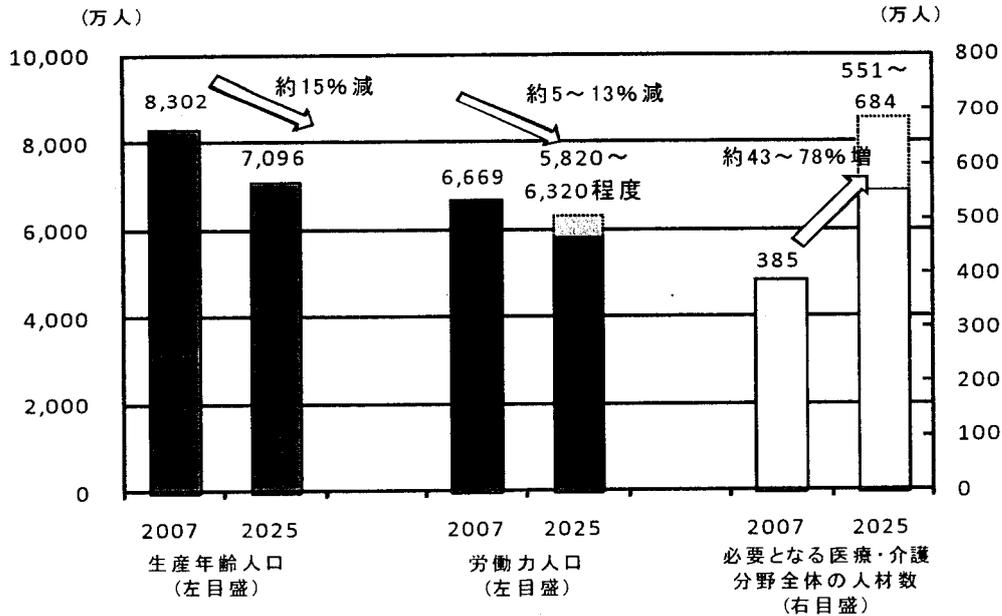
【社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」における試算】

シナリオ		人材数の試算
現状投影シナリオ	Aシナリオ	551.1万人 ～ 563.8万人
改革シナリオ	B1シナリオ	一般病床の機能分化を行うとともに、在宅医療・居住系サービス・在宅介護サービスの充実等を図るシナリオ。 627.8万人 ～ 641.3万人
	B2シナリオ	B1シナリオを更に推進し、現在の欧米の水準まで高めるとともに、地域ケア体制の機能強化を行うシナリオ。 663.7万人 ～ 678.7万人
	B3シナリオ	急性期について更に機能分化を徹底するシナリオ。 669.1万人 ～ 684.4万人

- 一方、少子化の進展により、医療・介護サービスの担い手となり得る労働力人口は減少していく。雇用政策研究会「労働力人口の見通し（平成19年12月）」を用いた推計では、労働力人口は、2007年時点では6,669万人だったが、2025年時点では5,820万人～6,320万人になると推計される¹²。
- こうした必要人材数の増加と労働力人口の減少により、2007年時点では、医療・介護分野全体の人材数は労働力人口の5.8%だったが、2025年には、労働力人口の1割程度（8.7%～11.8%程度）を、医療・介護分野の人材として確保しなければならなくなると見込まれる。2025年に向けては、少子高齢化が進展する中で、ケアに従事する人材量の確保が大きな課題となる。

¹² 若年者・女性・高齢者等の労働市場への参加が進まないケースでは5,820万人、参加が進むケースでは6,320万人になると推計される。

【生産年齢人口、労働力人口、必要となる医療・介護分野全体の人材数の見
通し（試算）】



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見通し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「人口推計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

(2) 2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

①前提

- 需要爆発と資源制約（人材とコスト）の中で、選択と集中を行って制度を持続可能なものにすることが必須である。その上で2025年の目指すべき姿を描くことが必要である。
- 自助、互助、共助、公助の役割分担の明確化と再確認が必要である。
- 2025年の高齢社会を踏まえると、高齢者ケアのニーズの増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加などを背景として、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されなければならないが、各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要となる。

(諸外国での潮流)

スウェーデンやデンマークといった諸外国においても、過去には介護が必要な高齢者のために比較的大規模な施設の整備が行われていたが、施設整備についての見直しがなされてきたところである。

例えば、デンマークでは高齢者三原則（①生活の継続性、②自己決定の尊重、③自己

能力の活用)に沿って施設建設が禁止され、高齢者住宅の建設と24時間在宅ケア体制が確立された。

スウェーデンでは1992年のエーデル改革において「特別な住居」という概念が持ち込まれた。老人ホームだけでなく、ナーシングホームやグループホームも「特別な住居」と呼ばれることになり、「施設でない」ことが明確にされた。これにより、利用者が施設機能にあわせて移動(入所・退所)するのではなく、いずれの住居においても利用者の必要性に応じて、必要なサービスが提供されることになった。

また、オーストラリアでも、1985年高齢者ケア改革により、施設中心から在宅中心への政策の転換が進められた。現在では、要介護度の高い利用者に対して、ナーシングホームレベルのケアを在宅で提供するプログラムも展開されている。

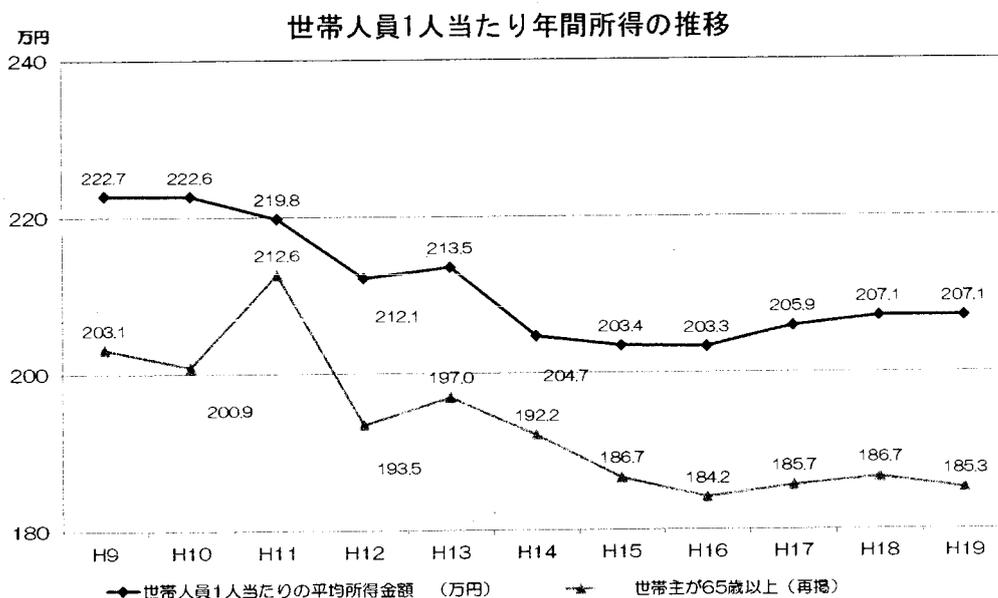
こうした世界的な潮流は「地域居住(エイジングインプレイス)」、すなわち、住み慣れた地域で高齢者の生活を支えることとして捉えられている。地域居住を実現するためには、従来の施設において一体的に提供されていた「ケア」と「住まい」の機能を分離し、ケアサービスを外部化することが鍵となる。

また、アメリカではNORC(Naturally Occurring Retirement Community)と呼ばれる自然発生的定年退職者コミュニティがある。NORCは、時の経過とともに自然に高齢居住者の割合が高くなった一定の地域を指し、例えばニューヨークでは高層の集合住宅がNORCとなっている。この地域(住まい)に継続して高齢者が住めるよう、心身状態が異なる高齢者の個別ニーズに応じたケアを提供する支援サービスプログラムがあり、注目されている。

②負担の在り方

- 介護保険制度は、国民の共同連帯の理念に基づき、給付費の半分を保険料で賄う社会保険方式を採用したことにより、制度創設以来、今日に至るまでの10年間で給付費は大幅に増え、また、民間企業を含む多様な事業主体によるサービスの提供が実現した。今後も、このような社会保険方式の特性を活かしながら、制度を安定的に運営していくことが望ましい。
- 要介護高齢者が増加し、介護サービスの質と量の両面での拡充が求められる中で、地域包括ケアの実現に向けて、よりきめ細かなサービスの提供を実現していくための具体的な方策を考えるに当たっては、財源論を避けて通ることはできない。
- 財源論を考える際に重要なことは、誰が負担するにせよ、自ずとその負担能力には限界があるということである。それでもなお一定の負担増が必要だとすれば、サービスの利用者であり、かつ、費用の負担者でもある国民に開かれた形で議論を進め、今日において適当と思われる給付と負担のバランスの取れた水準を見出し、その実現に向けて給付の優先順位を明確にして、選択と集中を進めていくことが求められる。

- こうした選択と集中による効率的な介護保険制度を実現したとしても、なお給付費の増加が避けられないとすれば、公費負担の増加を含め、安定した新たな財源を確保する方策を考えていくべきである。
- 保険料については、高齢者が各々の所得に応じて無理なく負担できる水準であること、介護が必要となるリスクや給付の水準に見合うものとして納得して負担できる水準であること、年金の給付水準や医療保険の負担なども勘案した上で高齢者が負担可能な水準であることといった観点から、今後の在り方を考えていく必要がある。
- 現在は、65歳以上の介護保険の第1号被保険者のうち、約6割が住民税非課税である。一方で、今後、団塊の世代が高齢化していくにつれて、都市部を中心に厚生年金受給者など一定の所得のある高齢者が増えることが見込まれる。このような高齢者の所得の状況を踏まえつつ、負担に見合う給付を受けられることを前提として、介護保険の保険料や利用者負担の応能的な要素を強めていくことも必要との指摘がある。
- 低所得者対策については、所得と資産の両面から低所得者の定義を明確にすべきという指摘がある一方、資産などを正確に把握することは実務的に難しいという指摘もある。本人の所得が少なくても、家族に高所得者がいる場合や一定の資産を保有している場合の取扱いについて、国民感情に配慮しつつ、より公平な負担の在り方を考えていく必要がある。



出典：国民生活基礎調査

- なお、第2号被保険者の範囲を拡大して保険料の徴収対象を広げることにより、介護保険の財政基盤を安定させるという考え方もあるが、第2号被保険者の範囲については、若年者への給付の在り方などと併せて慎重に考える必要がある。

③サービスの在り方

(基本的な課題認識)

在宅サービス利用は伸びているが、重度者を支えきれていないため、要介護状態の重度化や病気になって医療を要する状態になると、在宅の選択が困難となり、施設や病院に依存せざるをえない現状がある。地域完結型の高齢者ニーズを的確に捉えた地域包括ケアシステムの構築を図ることが課題である。

(在宅サービス)

【訪問介護】

1日当たりの訪問回数が少ないとともに、緊急時の訪問があまり行われていないため、定期的な身体介護の必要性から24時間短時間巡回型(夜間対応も含む)訪問を求め高齢者や、随時対応型訪問を求め高齢者のニーズに十分に対応できていないとの指摘がある。高齢者のニーズに対応するとともに、効率的なサービス提供を行うためには、滞在型中心の訪問介護から24時間短時間巡回型(夜間対応も含む)の訪問介護への転換を図る必要性がある。

【通所介護】

身体機能や生活機能の維持向上訓練、社会的孤立感の解消、レスパイトケアなどをプランニングし、サービス提供がなされているが、機能訓練部分が十分に提供されていないという課題が指摘されている。また、早朝や夜間延長などに対する柔軟な対応が必要と指摘されている。更に、医療リスクの高いケースへの対応として、療養通所介護の適正整備も必要である。

【短期入所生活介護】

基本的に各利用者のケアプランのスケジュールに基づく運営のため、緊急的な利用ニーズに対応できない場合が多いとの指摘がある。また、医療依存度が高いケースでは、十分な対応が行えず、利用できないとの指摘がある。

(施設サービス)

施設サービスの質の面では、特別養護老人ホームでも医療ニーズが増大しているという指摘や、介護老人保健施設でも入所期間が長期化しており、介護老人保健施設の在宅復帰支援(リハビリテーション)機能が十分発揮されていないとの指摘がある。また、特別養護老人ホームが長期の生活の場として「入所待ち」が多くなっている実態にある。

量の面では、社会保障国民会議のシミュレーションでは、2008年度末から2025年までに施設サービスは34万床(44万床→78万床)、居住系は21万床(14万床→35万床)の更なる整備が必要とされているが、それだけの整備を行うのは特に都市部において、供給面・財政面でも現実的に可能なのかとの指摘がある。

特別養護老人ホームなどの施設は、身体介護、医療ケア、食事及び生活支援等がパッ

ケージで確保されている安心感がある一方、在宅ではこうした 24 時間の安心が十分確保されていないという現状がある。施設と同様なサービスを提供できる基盤整備ができれば、在宅や高齢者向け住宅でも対応できるとの指摘もある。したがって、施設整備を検討する際には、在宅支援の強化や高齢者向け住宅の整備を併せて進めていくことが必要である。

介護保険施設については、在宅復帰支援（リハビリテーション）、認知症対応、医療ニーズへの対応等の機能を重点化することが必要ではないか。

また、ユニット型施設について、未だに整備率が低い状況の下、平成 21 年度補正予算における介護基盤の緊急整備においては多床室も対象としているが、将来のニーズを踏まえれば個室・ユニットを促進する基本原則に立ち戻るべきである。

（認知症支援体制）

【支援体制の計画化】

- 現行の介護保険計画等においては、認知症を有する者が住み慣れた地域での生活を継続するための支援などに関する事項の設定が明確にされていない。市町村計画において、認知症を有する者の数の把握、ニーズの把握と対応、認知症を有する者のサポート体制（認知症サポーター等の普及、かかりつけ医の認知症対応力の向上、認知症に関する理解の促進等）の整備などを盛り込むことを明確にする必要がある。

【医療体制】

- 地域における認知症医療体制の整備については、認知症疾患医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われているが、いずれも量的な不足が課題となっており、今後は認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかる整備目標等を設定のうえ、計画的な確保を図るべきではないか。また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門会議の設置等による効果的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供等を進めるべきではないか。

（参考）

認知症疾患医療センター	150 カ所（平成 20 年度予算）
認知症サポート医養成研修終了者	871 名（平成 20 年度末現在）
かかりつけ医認知症対応力向上研修終了者	21,444 名（平成 20 年度末現在）

- 認知症を主病として精神病院に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状（BPSD、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）等の症状が軽快した場合の退院後の受け皿の整備を一層進めるべきではないか。

【地域における支援】

- 認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である

認知症サポーターは、平成21年12月末現在で147万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動を展開しているところもある。地域包括ケアを進める上で、こうした人的資源の効果的で具体的な活用を考える段階に至っているが、具現化が少ないのではないかと指摘がある。

- 2025年の認知症を有する高齢者数は323万人（65歳人口比9.3%）との推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと。また、介護サービス基盤をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門デイサービス及びグループホーム等の整備をさらに促進すべきではないか。

【若年性の認知症を有する者に係る支援】

- 若年性認知症については、社会参加や就労の観点が必要となるが、若年性の認知症を有する者の身体機能や就労継続・就労支援のニーズにあったケアを実施している事業所が不足している。

【認知症を有する者の権利擁護】

- 虐待の未然防止のためには、認知症に関する理解を深めるなどの家族支援や、地域において、早期発見や見守り、介入支援等を行うための情報発信や対応を効果的に行う行政機関の体制、関係機関との連携が必要であるが、こうした体制の整備が不十分なことや、体制が存在しても十分に機能していないという指摘がある。
- また、認知症を有する者の権利擁護において重要な制度である成年後見制度の利用者数は、平成20年度末の累計で16万9千人であり、さらなる利用の促進が必要である。
- 加えて、認知症を有する者の医療行為に関する同意については、誰がどのように行うか明確でないため、医療行為の適用を巡って、現場は対応に苦慮しているという課題がある。

（軽度者へのサービスの課題）

高齢者ができるだけ介護が必要な状態にならず、自立した生活を送るため、高齢期に入る前から、心身の健康について知識を深めること、高齢者が積極的に健康づくりに取り組むことなどが重要であり、介護予防はその中心的な役割を担っている。高齢者の社会参加、社会貢献、生きがいづくりなどの活動は、介護予防につながる取り組みである。介護予防を社会活動という広い概念で捉え、その普及を促進させることが必要である。

しかしながら、以下のような課題がある。

- ・ 現行の介護予防事業について、健診や医師の診察による特定高齢者の把握は手間とコストがかかりすぎており、非効率（介護予防事業費用のうち、特定高齢者把握にかかる費用は約50%）であり、把握内容から見ても支援を必要とする閉じこもりなどの高齢者を把握することが難しく、介護予防事業の見直しを図るべきとの指摘がある。
- ・ 介護予防に資するプログラムとしては、運動、栄養、口腔関係の現行の介護予防事業のみならず、単独世帯や老老介護の増加によって、家族介護力の低下が顕著である中、見守り、配食、緊急通報などの多様な生活支援サービスの充実や介護技術習得など介護家族を支えるメニューの充実が求められるが、その整備が不十分である。とりわけ、地域社会からの孤立を予防する、会食会や地域のカフェテリアなどのインフォーマル事業の普及整備も十分とは言えない。

（看護・リハビリテーション）

【リハビリテーション】

- 高齢者のケアは、リハビリテーションによって、高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めてから、自立していない活動について他の介護サービスで補うという考え方に立つべきである。その際、急性期から回復期にかけての医療分野におけるリハビリテーションと介護分野における生活期のリハビリテーションとが相互に連携し合い、一体的に提供されることが必要となる。しかしながら、以下のような課題や指摘がある。
 - ・ 介護支援専門員や医師等の理解不足や区分支給限度基準額の存在などの影響から、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリテーションが十分に提供されていない。
 - ・ 急性期から回復期にかけての医療分野におけるリハビリテーションと介護分野における生活期のリハビリテーションとが一体的に提供されていない。
 - ・ 通所リハビリテーションについては、通所介護と提供されるサービス内容に大差がなく、目標を設定した上での計画的なリハビリテーションが提供されていない。
 - ・ 訪問リハビリテーションについては、事業所数に地域的な偏りがあり、他のサービスに比べ利用率が低い。また、在宅生活を支える他の訪問系サービスとの連携が不十分であり、一体的な提供ができていない。

【訪問看護】

- 訪問看護は、在宅での看取りをはじめとした診療の補助等を行い、特に中重度者の在宅生活を支えるために重要なサービスである。しかしながら、以下のような課題や指摘がある。
 - ・ 他の介護サービスにおける利用者数が増加する中で、利用者数が横ばい（約26万人（2009年4月審査分））である。

- ・ 看護職員 5 人未満の訪問看護ステーションが全体の約 53%であり、在宅における看取り、1 人あたり訪問件数、夜間・早朝の訪問件数が少ないなど、効率的なサービス提供ができていない。
- ・ 他の訪問系サービスとの連携が図られておらず、看護職員が訪問介護サービスを介護職員に代替して実施していることが多い。
- ・ 在宅医療に携わる医師との連携が必ずしも十分でない。

(介護支援専門員によるケアマネジメント)

現状では、アセスメントやケアカンファレンスが十分に行われておらず、介護支援専門員によるケアマネジメントが十分に効果を発揮していないのではないかと指摘がある。利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成できるようにすべきではないか。

(地域包括支援センターの機能)

地域包括支援センターは、総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメント業務等を通じて、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネートを行う機関として設立されたが、必ずしも、その機能を十分に果たせていないのではないかと指摘がある。すなわち、地域のネットワーク構築、介護支援専門員への支援が十分に行えていないところが多いのではないかと、介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていないのではないかと等の課題が指摘されている。地域包括支援センターの制度導入からまだ 4 年目に入った段階であり、これらの課題を解決して、地域包括支援センターの機能を一層強化することが必要である。

具体的には、地域包括支援センター運営のなかでは、地域包括支援センター運営協議会等による地域住民や地域団体との連携機能があるが、この場を活用して地域における互助によるサービス創造の検討・提言が必要だと指摘がある。また、個別ケースを支援する包括的・継続的ケアマネジメント等を効果的に実施するために、医療や介護等の多制度・多職種連携を高める地域ケア会議等の機能強化が必要と指摘もある。

④人材を巡る課題

- 2025 年に向けては、ケアに従事する様々な人材について、地域包括ケアシステムの構築という観点から、その在り方を検討することが必要である。あわせて、少子高齢化の進展に伴い、ケアに従事する人材量の確保も大きな課題となる。
- したがって、2025 年に向けては、人材量が制約されている中で、地域包括ケアシステムを構築することが必要であり、ケアに従事する人材の専門能力の一層の活用と生産性・効率性の向上を図っていかなければならない。こうした観点に立って、地域包括ケアを支える人材のより効果的な役割分担を検討することが必要である。

- 現状では、人材の効果的な役割分担が図られているとは言えない状況にある。具体的には、医療の専門職である医師・看護職員について、急性期の医療機関への重点的な配置が行われておらず、必ずしもニーズに応じたサービス提供が行えていない。
- また、介護職が基礎的な医療的ケアを実施できないとともに、ニーズを満たすだけの看護職員が十分に確保されていないことから、在宅で生活し続けられない、特別養護老人ホーム等の施設でも十分に対応できない状況となり、入院を余儀なくされているケースが少なくない。一方で、要介護者に対する基礎的な医療的ケアに看護職員しか従事できない現状は、人材全体の役割分担から考えれば効率的ではなく、また、適切なケアにつながらない可能性がある。このため、医療職・介護職の役割分担を見直すことが必要である。
- あわせて、介護職員については、量的確保と資質向上を同時に達成するという観点から、間口を広く保ちつつ、希望する者がキャリアアップできるような仕組みを構築することが必要である。
- なお、地域包括ケアの実現という観点から、専門職のほか、NPOや住民によるボランティア、利用者自身も含めた多様な人々の参画を推進していくことが必要である。また、自助の取組みの推進という観点から、セルフケアのための教材の充実等も図っていくべきである。
- 一方、人材の量的な確保・資質の向上を図るためには、①教育・職業訓練などを通じた参入支援、②やりがいや賃金と結びついたキャリアアップの仕組みの構築¹³など定着へのインセンティブの付与、③出産・介護等の際に一時的離脱や労働時間短縮が可能となるような労働環境の整備が必要である。
- このためには、まず、事業者における取組みの推進が必要である。実際、賃金・離職率・人材育成等については、事業者によって大きな差異があり、事業者の取組みが人材の確保に大きな影響を及ぼしていると考えられる。また、他産業の動向等を勘案した場合、事業者内での教育の充実によって人材の質を高めていくことが大切だと考えられるが、規模の小さい事業者が多いこと等も理由になって、介護分野では事業者内での教育が必ずしも十分に行われていないとの指摘もある。こうした観点から、人材の確保のためには、事業者による雇用管理・組織経営の在り方について検討していくことが必要である。

¹³ 介護人材のキャリアアップを推進していくためには、事業者内でキャリアアップの仕組み（キャリアパス）が構築されるとともに、キャリア開発に資するような公的な資格制度及び教育・研修制度を整備することが必要である。公的な資格制度及び教育・研修制度は、事業者内でのキャリアパス形成に寄与するとともに、事業者の枠組みを超えたキャリア開発を可能にすると考えられる。

- あわせて、専門職労働に特徴的な雇用の流動化、女性労働者が多いという介護労働市場の特性等を勘案し、事業者の枠組みを超えて、中途採用・転職・出産等による一時離職等を前提にした、介護労働市場全体の労働環境整備が必要である。こうした観点から、職業訓練等による参入支援の充実や、キャリア開発を可能にするための資格制度及び教育・研修制度の充実・強化が必要である。
- また、人材を巡る状況が地域ごとに大きく異なっていることを勘案して、地域ごとの取組みを推進することが必要である。
- さらに、人材の資質と直結する介護サービスの質の評価の在り方の検討を通じて、「適正な処遇を行い人材の質を高めることが、介護サービスの質を高める」という流れを確立することが必要である。
- こうしたことから、地域包括ケアの実現・人材の量的確保というスタンスに立って、地域包括ケアを支える人材について、
 - ①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担
 - ②事業者による雇用管理・組織経営等
 - ③介護労働市場全体の労働環境整備の観点から、2025年における目指すべき姿を描き、その姿を実現するために必要な改革を行っていくことが必要である。