

## 第2部：シンポジウム「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

## 座長開催挨拶

公立大学法人埼玉県立大学 理事長

田中 滋

本学によるこそお越しいただき、ありがとうございます。簡単にシンポジウムの趣旨を説明します。

伊原政策統括官のお話は、大変包括的でした。需要側の話、供給側の話、供給側の仕組みの話と実際の現場の話が含まれ、今後どう考えていったらいいかについて貴重な示唆を頂戴いたしました。それを受けて、これから4人の方々の発表をうかがいます。その後4人の演者に私から難しい質問をして、答えていただきます。

ところでなぜこのシンポジウムが重要か。それは今の伊原統括官のお話にあったように、2025年以降、介護分野は、第3ステージに入るからです。

第1ステージは、2000年の介護保険の施行の前後。それ以前は、要介護者も家族もどうしたらよいかわからず、とても困っていました。何に困っていたか。それは寝たきり老人問題と呼ばれていた現象です。若い人は知らないかもしれませんが、1990年代の介護問題は、寝たきり老人問題という言葉に象徴される未熟な処遇でした。本当は寝たきりではなくて、寝かせきり老人が分析的には正しい言葉でしょうが、介護保険発足前は、家族は日本社会が初めて遭遇した重度要介護者をどのようにケアしたらよいか知らなかった。寝かせきりだと体が硬直するし、褥瘡（じょくそう）がしやすいこともあまり知られていなかった。その後、介護保険給付サービスが普及するにつれ、尊厳を持った自立の支援を徐々に図れるようになりました。これが介護保険の目的の第1ステージです。

第2ステージになると、介護は寝かせきりからの脱却だけではないとの了解が広まりました。介護とは、弱ってきた心身の機能に合わせて、生活を再構築することである。そう理解すると、介護だけでは生活は完結できないので、医療、福祉、ケア環境としての住まい支援、生活支援等との協働も不可欠と考えられるように、関係者の意識が進化していきました。連携のとれた総合的な体制にしないと、高齢者が尊厳をもって人生を卒業する、あるいは安心して年を取ることができないとの共通理解に基づき、また先進事例から学ぶためにも、地域包括ケアシステム研究会ができた年が2008年です。今では、本日もお越

しですが、埼玉県庁には地域包括ケア局長がおられますし、全ての地方厚生局に地域包括ケアシステムの担当官がおかれるまでになりました。

では、それで仕組みづくりは終わってよいか。違います。2025年以降、先ほどのお話にあったように、新しい第3ステージに移り、超高齢者が増える一方、現役世代が著しく減っていきます。この時期には、これまでとは違った施策を取らないといけません。特に、介護人材を要介護者数の増加見込みに合わせて増やそうとしても、とても足りないので、介護分野の経営改革、現場の技術革新、そして働き方の魅力について全部考え直すべきなのではないか。今日は、そういう趣旨で進めて行きます。

では、よろしく願いいたします。

## 第2部：シンポジウム「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

## 講演1「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

埼玉県福祉部高齢者福祉課 課長

金子 直史 氏

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介をいただきました金子でございます。本日は、本当にこのような機会を与えていただきましてありがとうございます。本日は、「介護人材の確保・育成と需給ギャップの解消に向けて」ということで、少しお話をさせていただきますと思います。少々お付き合いをいただければと思います。

それではまず、これは、伊原統括官の資料にもございましたが、埼玉県では実際にどのくらいの介護人材が足りなくなるかというところなのですが、国の需給推計が3年に一度で公表されております。平成30年に公表されたものをベースにしています。2017年に8万6,000人おります。2025年を見ていただきますと、約3万を養成して11万5,000人くらい必要だということになっています。ただ、供給はどうかといいますと9万9,000人ということで、埼玉県では2025年には約1万6,000人のギャップが生じるということ、かなりの介護人材を養成していかなければならないということになります。

そこで埼玉県では、平成25年から介護人材の確保・定着・イメージアップ、この3本柱で施策を推進してまいりました。これが現在の推進体制になります。こちらの介護人材確保・定着推進協議会、これは今年度新たに立ち上げました。私ども埼玉県を含めまして12団体で、老人福祉施設協議会、介護老人保健施設協会、介護福祉士会とか経済団体、市町村のさいたま市なども入っていただいておりますが、県全体で介護人材の確保に取り組んでいくと、そういうことで今年立ち上げたものです。

そして、また今年新たに、県と市町村の連絡会議も始めました。今まで、どちらかというと市町村は介護人材の確保を積極的に取り組んできているわけではございません。やはりこれからは市町村も一緒に県と連携してぜひ一緒にやっていただきたいということで、県市町村連絡会議を新たに立ち上げたところでございます。

そして、この介護人材確保対策検討委員会ですが、こちらは、どういう施策をやるかというのを具体的に検討していく。こちらは学識経験者を入れて、関係団体の皆さんにもご参加をいただきながら施策を練っております。

そして、この最後の「介護職員しっかり応援プロジェクト」、平成25年に埼玉県で介護人材の確保の施策を始めましたが、これは先ほど申し上げましたいわば実働部隊です。施策を、私ども埼玉県と団体の皆さんが一緒になって事業をやっていく、その基となるプロジェクト事業でございます。

そして、まず確保をどういった事業でやっていくかということです。県といたしましては、できることは何でもやるというスタンスで今までやってきておりまして、例えば、介護の経験のない方に研修を受けていただいてマッチングをしたり、人材確保に熱心な事業所の認証、また、複数法人が連携して合同面接会をやるとか、そういったことに対する支援、こういうものを行っております。また、福祉人材センターは、無料職業紹介事業になります。各都道府県に1つありますが、こういったものも埼玉県社会福祉協議会に委託をして実施をしているところでございます。

具体的に、一つご説明をさせていただきます。介護未従事者を介護の現場にということで、人材派遣会社と委託契約を結び、その人材派遣会社が、介護職に興味のある人をまず雇用します。3カ月になります。その3カ月の間に職場を体験していただきながら、初任者研修を受けていただきます。その間の給与・研修のお金、マッチング、これは全部県のほうで負担をさせていただく。3カ月、自分がこの施設に合うかどうかを見極めていただくことができる。施設としても、一定の研修を受けた能力のある方を採用できるということで、これは施設の方、就職希望の方にも、非常に好評を得ている事業でございます。現在まで1,200人、うち昨年度は約300人の方に現場で仕事をいただいているという状況でございます。

そして、これは伊原統括官の話でも触れていたと思いますが、元気な高齢者の方を介護現場にということで、介護助手という言葉が出てきたと思います。例えば、清掃とか、食事の介助、リネンの交換といった周辺の業務を切り分けて仕事をさせていただくということで、本来の正規職員がきちんとした適切なサービスを行えるということです。これも同じように人材派遣会社に委託をして、職場体験や研修を受けていただきながら職場とのマッチングを行うとい

うことで、これも昨年度につきましては148名の方が介護現場に就労しています。

そして、複数の法人が連携した取り組みを支援ということで、やはり社会福祉法人は小企規などが多いので採用活動をするにしても、なかなか単体だと限界があります。そういったことで、小さい法人が集まって一緒に行く。合同で研修会などを開催する。この複数の法人が連携してやる協働の地域貢献活動を支援するという事業をしております。県内でも、こちらの4つの地区で8ないし14、小さい法人に集まっていただいて、一緒にやっていただいています。

折しも今回の台風19号もございましたが、災害時の運用時に関する、こういった対応体制の構築事業を一緒にやっていただいております。こういうのは普段からやっておかないと、なかなかその場でやろうと思ってもできません。そういうことで、参加している方に聞いたところ、やはり普段はなかなか連携できません。ただこういった、そんなに大げさなことではないのですが、ちょっとした連携で意思の疎通が進んでいるというような話もあります。こういったところから始めて、難しいかもしれませんが、事務を一緒にやっていくとかアウトソーシングとか、そういったところまでやっていけるといいのではないかと。国も、実は社会福祉法人の合同化、合併、こういうのを推進しています。

そして、先ほど申し上げました市町村との連携、これが非常に重要だと思っています。と申しますのは、介護労働実態調査では、「なぜその職場に就職したのですか」と聞いたところ、「通勤が便利だから」が一番です。地元、近いところで働きたい人が非常に多いということで、やはり市町村にぜひ協力をいただいて、その介護人材の確保を行っていただきたいと思ひまして、市町村さんが介護に関する入門的研修を行って、施設とのマッチングまでした、そういう事業について県で財政支援を行う事業を今年度立ち上げました。今後3年間で、全ての市町村でやっていただきたいと、考えているところでございます。

そして次は定着です。定着もいろいろやっております。ここでは一つ、介護ロボットについてご説明させていただきたいと思ひます。皆さん、介護ロボットとは何となくすごくゴテゴテしたものをイメージされる方もいると思ひます。今どきの介護ロボットというのは、先ほども伊原統括官の話にもありましたが、こういった見守型センサーも、一応介護ロボットの範疇（はんちゅう）に入っております。そして、移乗介護、これは介護現場の職員の方にとって腰痛が悩みの種になっています。ですので、この移乗介助では、HALというのが有名なのですが、肩か

ら下げて腰を守るような機械があり、それは170万円くらいします。これは一番高いやつなのですが、そういったものです。

先ほどの話にもありましたが、確かに施設は、取りあえず介護ロボットを入れようということで入れたんです。入れたんですが使い方がよく分からなくて、実際に使わないで部屋の片隅に眠っている、ほこりをかぶっている。私も、施設に行っちゃってちょっと拝見させていただいたら、確かに全然使っていませんでした。

なぜそうになってしまうかという、最初に課題から入らないんです。取りあえず入れてしまおうということになってしまったんです。ではなくて、その施設でどういう課題があるか、その課題に対して、どういうロボットが必要なのか、そこまで分析して入れないと、なかなか使いこなせません。さらに、介護職員の方も理解がないと使いこなせません。介護ロボットを入れるときは、必ずプロジェクトチームみたいなものをつくらないと駄目だということ伊原総括官もおっしゃっていました。今年度はこうしたことをサポートするというので、モデル施設を4つ選びました。老健2つと特養2つです。この4つの施設に、課題から入って、どういうロボットを入れたらいいのか、そのロボットはどのようなものか、実際に使ってもらってその効果を検証するというのをやってもらう。それを報告書に落として、報告会とか見学会を踏まえながら、これらを施設に、その検証結果をフィードバックしていきたいと思っています。

次は、イメージアップです。先ほど申し上げました、県のイメージアップは、こちらの埼玉県を含めた6団体の実働部隊でやっております。特にこちらの企画で実施している全国の都道府県で初めての合同入職式。新たに県内の介護施設、事業所に入職した方を集めて、知事から激励の言葉を話すというのをやっております。埼玉県は平成25年からやっております。今では他の都道府県でも行ってきております。都道府県では埼玉県が一番最初にやらせていただきました。

こちらで、入職式とともに、10年、20年の勤続表彰、そういったものを行ったり、介護の魅力PR隊の認命というのをやっております。その介護の魅力PR隊ですが、ぜひ現場の第一線で働いている方が高校とか大学に行って、自分の熱き思いを語っていただくということをお願いしています。昨年度は30名の方をお願いして、132回行っていただいて5,000人を超える方に語っていただきました。こちらのアンケートの中では、その話を聞いて「十分興味を持った」「興味を持った」という方が約7割ということで、やはり実際に現場でやっている方が熱意を持って話す

ということが非常に重要だと思っております。こちらの事業も、引き続き拡大してやらせていただきたいと思っております。

今までは、どちらかというと私どもがやってきた中身なのですが、今後どういう視点でということをお話しさせていただきたいと思っております。今後は、私としては高齢者、女性、外国人、こういったキーワードになると思っております。私は、女性をターゲットに考えていく必要があるのかなと思っております。と申しますのは、こちらは中小企業白書から取ったのですが、女性の未就労者の実態となります。収入になる仕事に就くことを希望しながら、現在は仕事を探していないでいる理由を聞いたところ、45から65歳くらいの方が、「適当な仕事がない」と思っている状況がございます。この「適当な仕事がない」というのをさらに分析しますと、一つは「近くに職場がありそうにない」と。さらに「勤務時間で自分の希望にあうものがない」という、ここの部分が非常に大きいんです。

ということは、近場で勤務時間等がバッチリ合えば、ニーズがあるということになると思っております。まさしく介護現場で、先ほど介護助手という話もありましたが、近場で時間を切り分けて働くことができれば、こういった女性のニーズにも応えられるのではないかと考えております。こちら辺の部分でさらに県の施策でできないかなと今考えています。

さらに、定着の部分です。定着については、先ほど介護ロボットについてお話をさせていただきました。これからはICTの導入が一層進むことが予想されます。介護記録を書く、また請求書、情報の共有などでの活用です。介護現場における情報をICTの機器を使って全て処理している事業所はそう多くはないのですが、今後、介護人材の不足が見込まれる中、業務の効率化、働きやすい職場づくりに寄与するものとして活用が期待されております。

一方、施設の方からですが、あまりタブレットに馴染みのない年配の職員から「介護記録を作るのはタブレットより手書きの方が良い」との意見がなされ、なかなか導入が進まないとお話があり、その点が大きな課題になっております。

あと、離職の年数なんですけど、だいたい7割の方が3年以内に辞めてしまいます。石の上にも3年という言葉もありますが、3年たたないうちに辞めてしまう。そして私がちょっと気にしているのは、この仕事を辞めた理由が、結婚・出産・妊娠・育児のためと、これが一番で25.9%なのです。これは実は、昨年調査では、1番ではなくて2番だったのですが、これが1番になってしまいました。

やはり介護現場は、4分の3は女性です。そういった状況の中で、結婚・出産で辞めなければならない

状況があるというのは、女性が働きやすい職場であるべきなんだということ、少し考えていく必要があるかなと、そういう視点を持っています。

そして最後にイメージアップです。「3K」「4K」となっていますが、3K、「汚い」「きつい」「危険」と。4Kの場合は「給料が安い」と言う方もいます。一方で、「感動がある」とか「感謝」なんて言う方もいらっしゃいました。

実際に、こちらの「給料が安い」ということなのですが、これは賃金構造基本統計調査ですが、確かに給料額が26万3,000円ということで、産業計と比べますと、そちらが33万6,000円なので、6~7万円低いということがございます。一概にこの数字を見て低いというのはいかがかなと思っております。

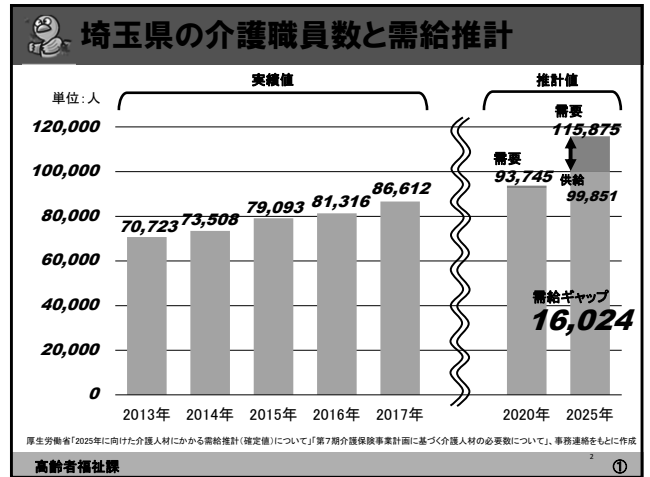
さらにこれは高卒・短大卒の初任給と捉えていただいて結構です。そちらを見ますと女性の場合、ほとんど変わらないんですね。実は、実際にはそんなに給料が安くないのです。少しイメージというものがあまして、給料が安いと言われております。やはり、このイメージの部分非常に強いので、そういったイメージをぜひ払拭（ふっしょく）できるように、今後、また頑張っていきたいと思っております。

以上でございます。ありがとうございました。

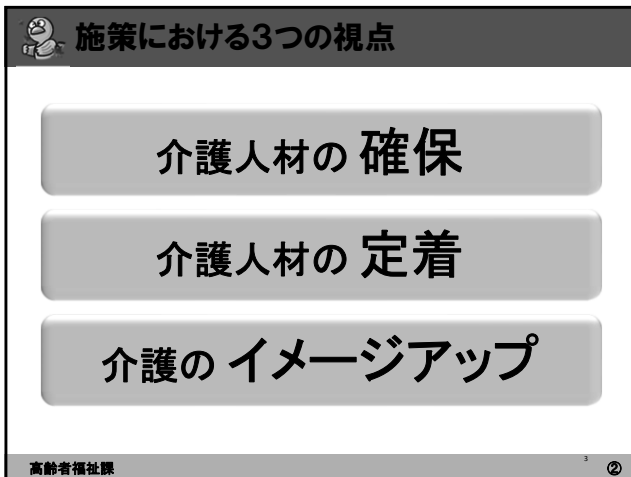
# 介護人材の確保・育成と 需給ギャップ解消に向けて

埼玉県 福祉部 高齢者福祉課  
金子 直史

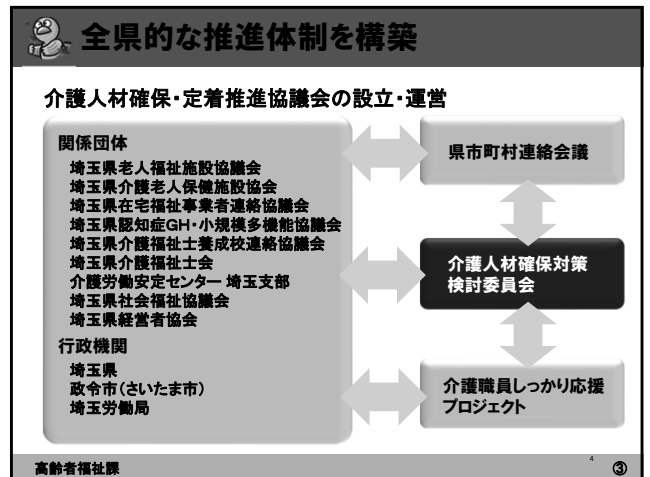
1



2



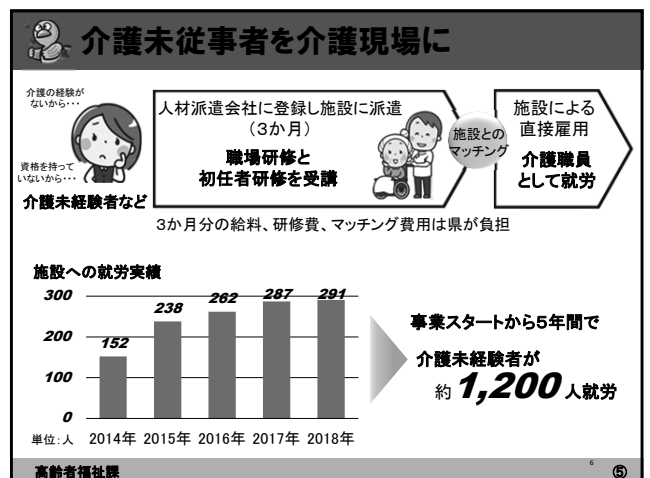
3



4

- ### 介護人材確保の取組み
- 介護未経験者等への研修と施設とのマッチング支援
  - 人材確保に優れた取組を行っている事業所の認証
  - 複数法人が連携した合同面接会等の実施支援
  - 再就職する場合の準備金貸与
  - 福祉人材センターにおける無料職業紹介
  - 市町村が実施する入門的研修とマッチングに対する補助
  - 介護施設が外国人を受け入れた場合の日本語学習費の補助
- 高齢者福祉課

5



6



## 介護職員合同入職式・表彰式

平成25年に都道府県として**全国で初めて**合同入職式を開催


新任介護職員へメッセージカードを授与

永年勤続(10年・20年)の方を表彰

事業所・介護職員表彰

介護の魅力PR隊の任命

令和元年6月9日  
約**500人**参加



高齢者福祉課

13

## 介護の魅力PR隊

ネガティブなイメージを持たれがちな介護について  
**現場の一線で活躍する介護職員が介護の魅力**をPR

平成30年度  
**132回・5,254人**へPR

出張介護授業でのアンケート調査  
出張介護授業を受けて福祉の仕事に興味をもちましたか

活動先

- 中学校や高校での出張介護授業
- ハローワークなどの就職相談会

回答者 **1,444人**

十分興味をもった 373人 25.8%

興味はわかかったが大切な仕事だとわかった 402人 27.8%

興味をもった 610人 42.2%

**68%**

次世代の担い手に対して  
介護のポジティブなイメージをアピール

高齢者福祉課

14

## さらに2025年に向けて

**介護人材の確保**  
○ 高齢者 ○ 女性 ○ 外国人

**介護人材の定着**

**介護のイメージアップ**

高齢者福祉課

15

## 女性の未就労者の実態

第2-1-15図① 収入になる仕事に就くことを希望しながら、現在仕事を探していない理由(女性)

□ 適当な仕事がない □ 出産・育児のため □ 介護・看護のため □ 健康上の理由のため □ その他

年齢	適当な仕事がない	出産・育児のため	介護・看護のため	健康上の理由のため	その他
15～24歳	19.5	40.9	1.5	16.5	21.6
25～34歳	12.7	69.8	1.0	9.0	7.5
35～44歳	27.4	50.4	2.5	10.4	9.2
45～54歳	35.3	9.1	13.0	26.8	15.9
55～64歳	42.7	1.3	20.2	23.1	12.7
65歳以上	53.3	0.3	8.8	22.9	14.8

資料：総務省「平成28年労働力調査」再編加工  
 (注)1. 対象調査期間において、仕事をしておらず、かつ「通学、家事、その他」をしていた者において、「収入になる仕事につくことを希望している」者の回答を集計している。  
 2. 15～24歳について、在学中の者を除いて集計している。  
 3. 1年間にわたる回答を平均して算出している。  
 出典：中小企業庁「中小企業白書2018」125ページ 第2-1-15図①

高齢者福祉課

16

## 女性の未就労者の実態②

第2-1-15図② 収入になる仕事に就くことを希望しながら、現在仕事を探していない理由(女性)：「適当な仕事がない」における内訳

□ 近くに仕事がない □ 勤務時間・賃金などが希望にある仕事がない □ 自身の知識・能力に合う仕事がない □ その他

年齢	近くに仕事がない	勤務時間・賃金などが希望にある仕事がない	自身の知識・能力に合う仕事がない	その他
15～24歳	31.2	16.9	12.0	11.8
25～34歳	24.4	55.1	3.5	17.0
35～44歳	24.7	14.0	65.7	14.6
45～54歳	19.6	12.3	11.7	18.5
55～64歳	24.7	14.0	11.7	18.5
65歳以上	19.6	12.3	11.7	18.5

資料：総務省「平成28年労働力調査」再編加工  
 (注)1. 対象調査期間において、仕事をしておらず、かつ「通学、家事、その他」をしていた者において、「収入になる仕事につくことを希望している」者の回答を集計している。  
 2. 15～24歳について、在学中の者を除いて集計している。  
 3. 1年間にわたる回答を平均して算出している。  
 4. 「適当な仕事がない」の内訳である上記の選択肢のみで回答割合が合計100%となるように再集計している。  
 出典：中小企業庁「中小企業白書2018」126ページ 第2-1-15図②

高齢者福祉課

17

## さらに2025年に向けて

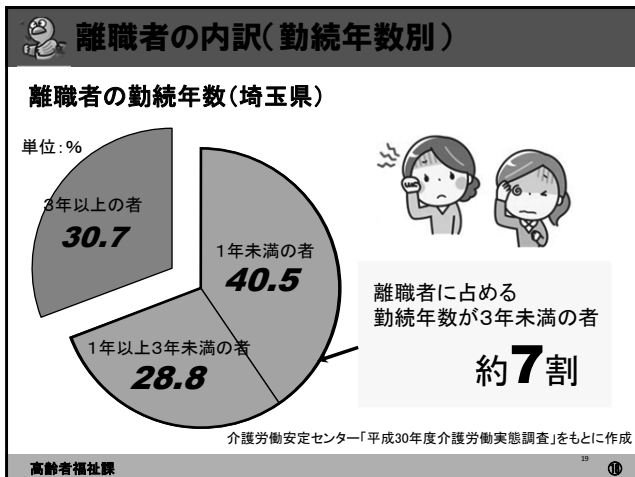
**介護人材の確保**

**介護人材の定着**  
○ 職員の負担軽減(ICT化・介護ロボット)  
○ 女性の働きやすい環境

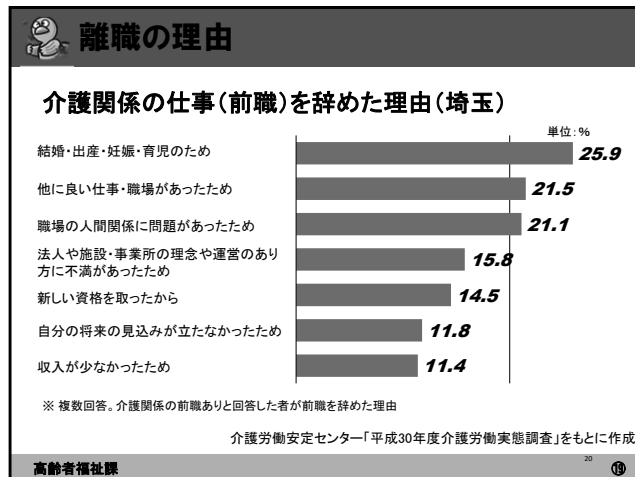
**介護のイメージアップ**

高齢者福祉課

18



19



20

### さらに2025年に向けて

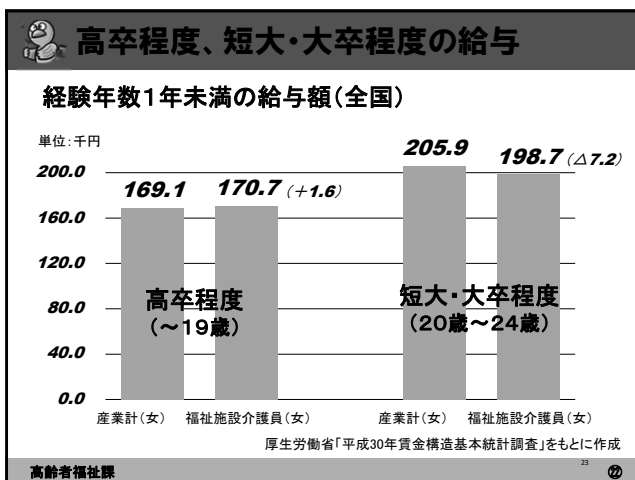
- 介護人材の確保
- 介護人材の定着
- 介護のイメージアップ
  - 3K(4K)職場? ○ 給料安い?

高齢者福祉課 21

21



22



23

ご清聴ありがとうございました

24

24



## 第2部：シンポジウム「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

## 講演2「介護人材の高度化と多様化 ～伴走支援できる仕組みの構築～」

地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表  
社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 理事長

山田 尋志 氏

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました山田と申します。時間も20分と限られていますので、さっそくスライドに沿ってお話をさせていただきます。統括官や今の金子さんのほうからお話があったように、少子高齢化の厳しい状況ということで、これは既に詳しいお話があったので省略いたします。

今日は、3つのお話をさせていただこうかなと思います。この「きょうと福祉人材育成認証制度」ですけれども、平成24年に京都府からこの介護人材の確保・定着のためにどうしたらいいだろうかというご相談を受けまして、こういう仕組みをスタートさせました。その後、今、全国で26ほどの都道府県で実施しておられることで、国のほうもこの京都のやり方をできるだけ普及する横展開を進めてこられたというふうに思っています。

今、京都府下には、福祉関連の法人・事業所が1,241ございまして、7割弱の事業所が宣言をしています。宣言をした事業所には、いろんなサポートをして、人材が定着するような支援をしている。宣言をするのと1つ星、さらに認証を受けると2つ星を差上げます。就職フェアとか求人では、結構京都の中では、星が幾つかというのは、学生さんの間では周知され始めています。さらに上位認証が一昨年からはまり、人材育成について特に頑張っている事業所ということを知事が認証するという、こういう仕組みをつけたわけです。

ちょっと詳細な中身はご説明する時間はないですが、これを見ていただきますと、4つのカテゴリーで100ほどの項目について、実際に現地でチェックするわけです。例えば、このページですと、一番下のOJT指導者です。要するに、採用された職員さんは、どこかのチームに所属します。そこできちんとその人を育成していくような指導者が、研修で育てられているかどうかというふうなことです。

次のスライドでは、キャリアパス制度の導入とか、あるいは⑤番にありますように、人材育成を目的とした面談等がしっかりと行われているとか、あるいは⑦にありますように給与体系、これらがしっかりとキャリアパスあるいはその評価に基づいて昇給の仕組みがあるかどうかということです。

さらに次のスライドは、その働きやすさということで、休暇とか、あるいは育児・介護などで退職せずにしっかりと継続できるような仕組みを取っているかどうか、こういうふうなことをチェックするということです。最後の4つ目のカテゴリーが、社会貢献とコンプライアンスということで、②番にありますように、学校や地域との連携とか、この辺りについでの評価ということになります。

一昨年からはまったこの上位認証は、今は11法人が取得しているのですが、約1,200事業所のうち11法人ということで、まだ少ないのが現状です。これは大変厳しいチェックを受け、上位認証基準105項目で、85点以下のところは非該当になります。そして、定量的指標についても項目ごとに、例えば、離職率とか、新卒1年以内の離職率とか、有給休暇の取得率とか、こういうふうなことをチェックするわけです。

上位認証基準についての、これが項目です。そして、特に厳しいのは、この定量的評価です。いくら「いいことをやっています」と標榜していても、離職率が高いところはやっぱり駄目だというふうな評価をしています。ここでは、正規職員の過去3年間の離職率、そして新卒入職者の、入職1年以内の離職率、そして有給休暇取得率、こういうことについて、いわゆる足切りポイントを設けて、それらが基準を満たしていないと、いくらよい仕組みをつくっていても上位認証を受けられません。その結果、京都府全体の離職率も全国よりも4ポイントくらい低いですが、特に上位認証法人の離職、あるいは人材確保については明らかに成果が出ています。これが1つ目の話で、平成24年度から京都府で取り組んできた結果、学生に対してだけでなく求職者全体にも周知し始めていると感じているものです。

それから、その次の2つ目の話が、今の埼玉県の取り組みでもご紹介のあった、2010年、今から9年前に、複数法人のグループによる取り組みをスタートしています。今現在、こうやって10年間近く取り組んできて、いわゆる中小法人の課題はこのようなことだったということがはっきりしてきたように感じています。それらを3つに整理しています。

中小法人の1つ目の課題というのは、キャリアに応

じた研修とか育成システムの構築、そしてキャリアパスシステムと給与体系、優れた雇用環境の整備です。こういうことについて、中小法人では専任の職員さんが配置しにくいことが大きな課題となっています。それで私どもグループで全法人職員対象の統一研修を実施しています。グループは、7法人プラス、私どものリガール暮らしの架け橋という本部法人を含めて8法人です。社会福祉法人が8つです。

その8つの法人で統一研修というのを行っています。「SV」と書いているのはスーパーバイザーです。スーパーバイザー2名を本部に配置し、各法人でお金を出し合って雇用する形をとっています。2名は看護師と介護福祉士です。この2人が、毎週各法人を巡回して、新人で統一研修を受けた方が、研修で学んだことを実際に生かされていないとか、あるいは役職者研修を受けたリーダーの方が、現場でうまくカンファレンスなどチームのマネジメントができないとか、そういう研修と現場でのその実践というのをつなぐ役割を、このスーパーバイザーがしています。このことによって、一番これがグループで私が難しいと思っていたのが、いわば人を育てる組織風土、あるいはいいケアの質を実現する組織の仕組みを、グループの法人がだいたい共通しているというのを目指してこういうことを始めたわけです。

それと、先ほどからお話がありました給与についても、グループをつくった9年前に、各法人の給与システムの説明をしていただくということから始めました。給与に対する思想、職員の納得感のいくような給与体系である、と同時に、経営的には人件費の統制する仕組みを実現できなければなりません。その2つの側面をしっかりと給与体系で持っているかどうか、これも勉強してきたわけです。

それから、優れた雇用管理。これは先ほどの認証制度を活用することとしています。全てが上位認証を目指そうということで、働きやすい職場をつくっていこうと。

それから2つ目の丸印が、これがやはり小さな法人では非常に難しく、ホームページとかその他、アピールするためのツールの開発が大変弱いわけです。この4月からは、共同の人材募集の専任職員を1人配置しまして、共同で募集を、今年から本格的に始めました。

それから最後の3つ目が、経営の面でも特に、田中先生からもご紹介があったように、介護が求められている役割というのはどんどん変化してきていますが、そういう時代に合った事業所展開、こういうことがなかなか小さな事業所ではできない。情報がない、そういう展開を担当する人がいないということですかね。そういうことで、こういうことをグループとして9年間やってきたということです。

この絵は厚労省がお作りになったものですが、この委託費というのはスーパーバイザー2名の人件費です。今年度からは、人材の共同募集の担当者の人件費もみんなで負担しています。

先ほど、中小法人が苦手だという、いわゆるアピールするツールです。こういうものを、この3年間かけてリクルーターチームという若手のメンバーで作ってきたものです。例えば、これがパンフレットですし、こういうものです。こういうものをみんなで作ってきた。このおもてなしバスツアーというのを3つのコースに分けて、各法人のインターンシップの一部なんですけれども、こういうこともやってきたということです。

それから、これが統一研修の中身です。だいたい年間65回ほどやりまして、参加職員数も1,000人を超えるということで、いろんな各層の職員が来ます。小さな法人というのは、特に新しい事業をしなければ、新採用というのは2名、3名とかですよ。ところが、法人が集まりますとまとまった数字になりますので、こういう形で役職者もステップアップするような研修を組んでいるわけです。これが研修科目の一例になります。特に力を入れているのが、新採用の職員の育成です。1年間かけて、かなり丁寧な育成の仕組みをつくり上げています。

スーパーバイザーが各施設を回るときのアセスメントシートです。この理念というのは、法人理念ではありません。ケア理念、あるいは福祉理念です。これをみんなで共有して、それを実際の現場でアウトカムにつなげるために、この双方向の矢印が切れていないかどうかということで、6つのシートを基にチェックしていくことをやっています。これがスーパーバイザーの活動の内容ということで、詳しくは省略いたします。

最後のお話です。今日は、できたらここが一番、私としてはお話ししたかった部分です。このスライドでは、実は田中先生にお断りなく勝手に使わせていただきました。つい最近の、第30回日本老年学会で先生が講演された時の記録、冊子を見ていまして、この文章いいなと思って、ちょっとお借りいたしました。「在宅3本柱」というのは、1985年、昭和60年に、国が在宅に対して一定の施策を打ち始めました。その時に、デイサービス、ホームヘルパー、ショートステイと。それまでの家庭奉仕員とか、一部の生活困窮者に対する仕組みはあったんですが、介護サービスとして1985年に在宅3本柱がスタートして、いまや介護と言えば、ヘルパー、デイサービス、ショートステイ。

ところが、この3本柱の意味というのは、1人の方を3本の柱で支えてシナジー効果を発揮するというところにあるのだけれども、実は、それが実際に発

揮できているだろうかという疑問を田中先生が発言しておられます。これは、私どもが日々感じていたことです。デイサービスは、6時間を週に2回、3回、ヘルパーは、行っている30分、ショートステイは1週間など、要するに、その暮らしの全体がなかなか見えにくいということです。しかも地域包括ケアというのは、生活圏域の概念ですので、そういうご自分が担当する圏域で社会資源をつくるということも含めて、多機能型拠点の開発というのが望まれるんだというようなご発言になっています。このグラフは、単身世帯がどんどん増えていくという統括官の話にもあった、田中先生のご発言を借りれば、第3ステージに入っていくという、こういう時代にどう備えるかということかと思えます。

小規模多機能型居宅介護の果たしている役割の実際を一例として挙げました。これは、いわゆる多機能型の典型だと思います。この表から、いわゆる認知症の方を支えているんだということはよく分かります。要するに、認知症自立度Ⅱ以上の利用者が8割を超えているということです。

それから、この次のスライドですけれども、世帯構成ですが、1人暮らし、老夫婦世帯の利用者が50%を超えています。京都で、今は105カ所の小規模多機能があります。私どもものところでも1人暮らし認知症の方を、本当にたくさん支えているサービスだと思っています。

それから、小規模多機能が面白いのは、介護サービスだけをするのではなくて、地域の関係をいろいろつくる活動をしているということが、このデータからも出ています。これは昨年度の全国小規模多機能連絡会の老健事業から取り出しました、3つのスライドです。

さらに、これも田中先生が委員長をされておられます、地域包括ケア研究会、この3月に出た報告書の一部を貼り付けたものです。今日はいろんな方のご講演で、ロボットの話も含めて、仕組みをどうつくっていったらいいのかという話がたくさんあり、大変勉強になりました。やはり一番の基本は、田中先生も何度かおっしゃいました「尊厳」ということです。私ども自身が80歳、90歳になって、認知症を患って、身体にもいろんな障害があつてというときに、私も現場で40年間働いておりますが、一番大切なのは、やっぱりその方の誇りだと思います。どんなに重度の認知症の方でも、最後までその人のプライド、誇りというのはしっかり残っておられます。私自身も、そういう私たちのことをよく知っていてくれて、私たちが自分のことは自分で表現できなくなっても代弁してくれて、しかも、常に私のことをよく知っていてくれる介護職という、この人材をこれからしっかり高度な人材として育てていかなければいけない。

やっぱりこういう方がおられると、先ほどから介護助手とか外国人とかロボットとかいろんな話が出ていますが、そういういろんな方たちと共にチームを組む場合でも、今申し上げたお一人お一人の誇りのようなものをしっかりと、あるいはご本人の気持ちを代弁するようなことを実現できる。さらに、解剖生理学や心理学など基礎的な知識や技術を教育で身につけており、地域ケア会議のように、地域に出ていってもきちんとそれを発言することもできる、多職種の地域の人と共有できる、こういう高度な人材の育成が俟たれます。

ところが残念ながら、世界に介護理論というのがないと言われていたり、心身の介護に向き合いながら地域で暮らし続けたり、他の職種と連携したり、あるいはその方がやりたいこととか思いを最後まで実現することを生活圏域でマネジメントできる、多分、ケアではなしにケアというのはそういう分野だと思うんですが、そういう高度な人材、あるいは指導者群そして理論をつくっていくというのを、今からでもぜひ始めていただきたいと思っていますし、今度の研究会報告書でも、そういうことが書かれたわけです。

ただ、そういう高度な人材を養成する一方で、専門職ではない方もいろんな形で役割を果たすというためにも、これからの介護サービス拠点は介護だけをするのではなく、個々の高齢者が地域で暮らす背景となる様々な関係や資源づくりにも深く関わることが求められると思います。そのためには、小さな土地でもできる特養、小規模多機能、サロンなど複合型の介護サービス拠点を京都市の小学校区に1つくらいつくっていききたいなと思っています。

次のスライドは京都府知事に、府立大学などに、大学院と介護学部を創設し、先ほどの研究会報告書にありましたような高度な人材を京都からつくってほしいということをお願いしたものです。

それからこちら、京都地域密着型サービス事業所協議会では、来年度から地域ケア会議など圏域の多職種による会議等できちんと発言ができたり、本人を代弁できたり、マネジメントできる高度な介護専門職のリアル像である人材養成の仕組みを、京都市にもサポートしていただきスタートする予定です。これが地域密着型サービス事業所協議会の組織図です。次のスライドは、認定介護福祉士の1類、2類のカリキュラムです。

それから、介護助手という話もありましたが、私は裾野の拡大はどうしても必要だと思っています。これも、できたら私は、「助手」という名前は「看護助手」というのをどうしても連想しまして、ヒエラルキーのイメージがあります。ところが、定期随時の訪問介護でも、小規模多機能でも、特に定期随

時訪問介護なんかは、要介護3以上の方を支えようと思うと、ご家族の力がなかったらなかなか難しいというのが分かってきました。そういう意味では、介護の専門職の下ではなくて、対等な関係でその人をよく知って、いつもその人を見守ってくれているような、そういう人を育てていったらどうかなというふうに思います。

これは、私どもが4月にオープンした「おんまえどおり」という施設で、今、新しい試行を行っています。いわゆる「介護助手」というのは、やっぱりそれはやめて「介護アテンド職」と、名前だけじゃないかと言われるかもしれませんが、一応介護専門職と対等な形で、介護人材の30%くらいをこういうアテンド職でやってみるような試みのご紹介です。これは「おんまえどおり」の写真です。

最後に、介護人材が不足すると言われていますが、私は、この2番の部分がボリュームゾーンとして皆さんが思っている部分だと思いますが、不足している、これからつくらないといけないのが1と3だと思っています。1番が、先ほどから申し上げた、高度な人材。それから3番が、いわば地域の方の力を借りる。先ほど申し上げた、私どもが4月にオープンした特養「おんまえどおり」は、まちの中にありますので、例えば、小学校の先生が、働き方改革で副業してもいいということで、週に1回働いていただいたり、いろんな地域の方に入らせていただいています。そうすると、やっぱり介護現場も変わります。そういうふうなことを、これから介護事業所でもスタートしたらどうかと考えたりもしています。

これが京都の京都式オレンジプランのオレンジロードという、アイメッセージです。要するに、ご本人が最後まで「何々がしたい」という暮らしを支えるような、こういう社会をつくっていくためにという絵です。

ということで、ちょっと散漫な話になりましたが以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

埼玉県立大学研究開発センターシンポジウム

介護人材の高度化と多様化  
～伴走支援できる仕組みの構築～

2019年10月17日(木)  
社会福祉法人 リガーレ暮らしの架け橋  
理事長 山田 尋志  
(地域密着型総合ケアセンター きたおおじ代表) 1

1

■働き手不足の長期化・介護業界の不人気

○85才以上人口1100万人超による、認知症等中重度の介護需要増大

○人材の高度化・多様化・融合化・イノベーション

○法人共同化・連携の課題 2

2

■地域全体で福祉・介護事業所のイメージを転換する

きょうと福祉人材育成認証制度

3

3

これまでの経過 (全体経過)

平成24年 9月 京都府福祉人材育成認証事業推進会議を設置  
認証基準等を協議

平成25年 4月 「きょうと福祉人材育成認証制度」の運用開始  
10月 第1次認証事業所認定 29事業所

平成31年2月現在  
認証事業所 283事業所 (うち上位認証11事業所)  
宣言事業所 約694事業所

4

4

京都府内の事業所・法人の認証制度への参加割合

■現状 平成31年2月時点の認証・宣言件数

上位認証	認証	宣言	全事業所数
11	283	694	1,241

認証には上位を含む、宣言には認証・上位を含む

※約半数以上の福祉サービス事業所が参加

※業界の方々としっかり協議しながら事業を構築 (プラットフォーム事業) →スタートダッシュに成功

5

5

新規採用者が安心できる育成体制

○:申請書に添付 △:審査時に確認

評価項目	認証基準	確認方法
① 新規採用者育成計画(OJTを含む)の策定	・会議による計画(目標、具体的な育成手法、研修内容)の策定(他会議との併用可、年1回以上) ・全職員への公表	○計画書【申請書への添付】 △会議資料及び会議報告【現地確認】 △新卒者育成の取組状況及び公表方法【ヒアリング】
② 新規採用者研修(合同、派遣含む)の実施	・全職員への公表 ・計画に沿った研修の実施 ・受けられなかった職員へのフォローの実施	○研修要項【申請書への添付】 △公表方法【ヒアリング】 △新規採用者名簿及び出席者名簿【現地確認】 △研修資料【現地確認】 △フォローの方法【ヒアリング】
③ OJT指導者に対する研修等の実施	・OJT指導者又はプリセプターの設置及び全職員への公表 ・OJT指導者やプリセプターに対する研修の実施	○研修要項【申請書への添付】 △公表方法【ヒアリング】 △OJT指導者名簿及び出席者名簿【現地確認】 △研修資料【現地確認】

6

6

### 若者が未来を託せるキャリアパスと人材育成

○：申請書に添付 △：審査時に確認

評価項目	認証基準	確認方法
① キャリアパス制度の導入	概ね10年目までのキャリアパスの作成(医療職を除く) ・全職員への公表	○キャリアパス(医療職を除く)【申請書への添付】 △公表方法【ヒアリング】確認方法
② 人材育成計画の策定	・会議による階層別人材育成計画(資質向上、資格取得、面談を含める)の策定(他会議との併用可能1回以上) ・全職員への公表	○計画書【申請書への添付】 △会議資料及び会議報告【現地確認】 △人材育成の取組状況及び公表方法【ヒアリング】
③ 資質向上研修(合同・派遣含む)の実施	・人材育成計画に沿った研修の実施	○各研修要項【申請書への添付】 △各研修の受講対象者及び受講者名簿【現地確認】 △各研修資料【現地確認】
④ 資格取得に対する支援(取組例：受験対策講座の開催、受講料の負担、受験手数料の負担)	・人材育成計画に沿った支援の実施	△支援を受けた職員の名簿【現地確認】 △支援後、資格を取得した者の名簿【現地確認】
⑤ 人材育成を目的とした面談の実施	・人材育成を目的とした面談の実施(年1回以上)	△面談実施手順書(面談シート等)【現地確認】 △面談実施結果報告書【現地確認】
⑥ 人材育成を目的とした評価の実施※常用労働者5人以下の小規模事業所を除く	・人材育成を目的とした評価の実施(年1回以上)	△評価実施手順書(評価シート等)【現地確認】 △評価理由報告書【現地確認】
⑦ 給与体系又は給与表の導入	・給与体系又は給与表の全職員への周知	○給与表【申請書への添付】 △公表の方法【ヒアリング】

7

### 働きがいと働きやすさが両立する職場づくり

○：申請書に添付 △：審査時に確認

評価項目	認証基準	確認方法
① 休暇取得・労働時間削減のための取組の実施(取組例：休暇の計画取得促進、リフレックスタイム、産生日休暇)	・取組推進のための検討会議の開催(他会議との併用可。年1回以上) ・取組の実施及び全職員への周知	△会議資料及び会議報告【現地確認】 △職員への周知文書【現地確認】 △休暇取得率等取組状況【ヒアリング】
② 出産後復帰に関する取組の実施(取組例：育児休業中のコミュニケーション、職場復帰プログラム、再雇用制度)※「京都モデル」WLB認証企業は免除	・取組の実施及び全職員への周知	△職員への周知文書【現地確認】 △取組の利用状況【ヒアリング】
③ 育児、介護を両立できる取組の実施(取組例：柔軟な勤務制度、学校行事参加のための特別休暇制度)※「京都モデル」WLB認証企業は免除	・取組の実施及び全職員への周知	△職員への周知文書【現地確認】 △取組の利用状況【ヒアリング】
④ 健康管理に関する取組の実施(取組例：相談体制の整備、夜勤ガイドライン等)	・健康管理、増進に関する検討会議の開催(他会議との併用可。年1回以上) ・取組の実施及び全職員への周知	△会議資料及び会議報告【現地確認】 △職員への周知文書【現地確認】 △取組の利用状況【ヒアリング】

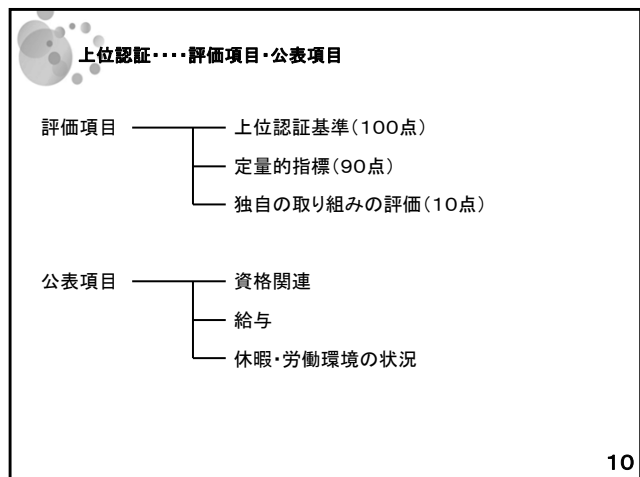
8

### 社会貢献とコンプライアンス

○：申請書に添付 △：審査時に確認

評価項目	認証基準	確認方法
① きょうと介護・福祉サービス第三者評価の受診	・3年以内の第三者評価の受診	△第三者評価受診記録【現地確認】
② 地域や学校との交流(取組例：イベントへの地域住民の招き、実習やインターンシップ受入ガイドラインの作成、ボランティアの受入)	・地域交流の実施 ・学生受入のためのガイドラインや体制の整備	△地域交流の内容【ヒアリング】 △実習、インターンシップ、ボランティア受入体制【ヒアリング】
③ 関係法令の遵守	・関係法令遵守の誓約 ・行政監査指導等における指摘事項に対する改善	○関係法令遵守の誓約書【申請書への添付】 ○必要事項申告書【申請書への添付】 △指導内容、改善状況【現地確認】

9



10

### 上位認証基準

- 従来認証の4分野をベースに、人材育成の前提となる「人材確保に積極的に打って出て、福祉職場のイメージを正しく社会に発信する姿勢」を求める項目群を、新たにひとつの分野として設け、全5分野として再編成

認証	上位認証
1 新規採用者が安心できる育成体制	1 福祉職場のイメージアップと人材確保
2 若者が未来を託せるキャリアパスと人材育成	2 若者が未来を託せるキャリアパスと人材育成 I (キャリアパスの枠組みと人材育成)
3 働きがいと働きやすさが両立する職場づくり	3 若者が未来を託せるキャリアパスと人材育成 II (評価と処遇)
4 社会貢献とコンプライアンス	4 働きがいと働きやすさが両立する職場づくり
	5 社会貢献とコンプライアンス

- 評価項目は、従来認証を「高度化」。

11

### 定量的評価

取組のプロセスだけでなく、その結果による「成果」を確認するという視点から、以下6点につき、定量的評価を導入する。

- 正規職員の離職率(過去3か年度平均)
- 新卒入職者の入職後1年以内の離職率(過去3か年度平均)
- 正規職員の有給休暇取得率等、労働時間に関する評価(申請年度の前年度実績)
- 第三者評価における認証基準と類似の項目及び利用者満足に係る項目のAの割合
- 正規職員の資格保有率
- 組織活性化プログラムの取組状況

12

採用・離職防止・定着促進の実績

■就職フェアにおける認証法人等の比較

1法人あたりの数	上位認証法人	認証法人	差
ブース訪問者	28.8人	15.7人	1.8倍
採用予定者数	3.50人	0.85人	4.1倍

平成29年3月実施 FUKUSHI 就職フェア実績

■離職率からみる状況

	離職率	全国平均との差
上位認証法人(京都)	5.9%	▲10.3ポイント
認証事業者(京都)	7.7%	▲8.5ポイント
事業者平均(全国)	16.2%	-

上位認証法人・認証事業者アンケート(H29アンケート)  
事業者平均・介護労働安定センター介護労働実態調査(H29調査)



13

13

■法人連携により人材の確保・育成に取り組む  
社会福祉法人グループ・リガール

中小法人・3つの課題

○キャリアに応じた研修・育成システムの構築→統一研修・SV  
キャリアパスシステムと給与体系→一元化  
優れた雇用管理→認証制度活用

○若者にアピールするツールや方法の工夫

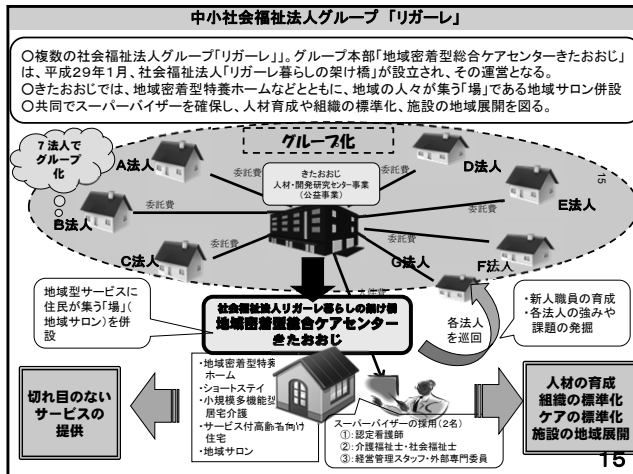
→2019/4から共同人材募集専任職員配置

(ホームページ・フライヤー・インタビュ・バスツアー・学校訪問・外国人材)

○時代が求めるサービスの実践、適切な経営管理

14

14



15



16

スキルと心を育む、リガールの3つのチカラ。パンフレット抜粋

基礎力 Basic  
発想力 Imagination  
繋ぐ力 Integrate

ノベルティグッズの作成

17

おもてなし BUS TOUR vol.1

リクルーターチームによる発信 (おもてなしバスツアー)

おもてなし BUS TOUR 日程&コース紹介

京都北部コース  
京都市内コース

18

社会福祉法人グループにおける  
リガーレ統一研修の構築（採用時、資格、専門）

- 採用時研修
  - 専門研修1：採用1年目の職員
  - 専門研修2；採用2年目の職員（専門研修1終了者）
  - 専門研修3；採用3年目以降の職員
  - リーダー研修；小規模チームのリーダーを担う職員
  - 資格取得研修；介護福祉士、介護支援専門員受験予定者
  - 役職者研修；複数のチームをマネジメントする役職者
  - 特別研修（看護等専門分野）
  - ファーストステップ研修（リーダー）；個別ケア領域、連携領域、チーム運営等基礎領域
- 年間60回余 参加職員1000人余

19

19

リガーレ統一研修 一部分抜粋

専門研修Ⅰ	専門研修Ⅱ	専門研修Ⅲ	リーダー研修	役職者研修	
主に採用1年目の職員 (後門研修1終了済みが望ましい)	主に採用2年目以降の職員 (後門研修1終了済みが望ましい)	主に採用5年目以降の職員	小規模チームの リーダーを担う職員	複数のチームを マネジメントする職員	
第1会議日	偶数月第4会議日	奇数月第4会議日	奇数月	偶数月	
13:30~17:00	13:30~17:00	13:30~17:00	13:30~17:00	13:30~17:00	
しんらん交流館	しんらん交流館	しんらん交流館	しんらん交流館	しんらん交流館	
①介護技術の基礎 トランスファー 排泄・入浴・更衣動作等	5/12	①介護過程に基づく技術・知識の展開 多職種連携	5/26	①チーム運営の基礎 リーダーシップ・チームづくり	5/31
②介護技術の基礎 食事・口腔ケア スレニヤ	6/2	①介護技術の応用と展開 認知症・痴呆、ケアと認知症 の関わり	6/23	①チームマネジメント チームマネジメント	6/24
③介護技術の基礎 認知症の基礎理解 認知症の対応	7/3	②介護過程に基づく技術・知識の展開 多職種連携	7/28	②チーム運営の基礎 問題解決思考法Ⅰ・Ⅱ	7/20
④介護技術の基礎 緊急時・事故対応 高齢者虐待・身体拘束	8/4	②介護技術の応用と展開 対応者に合わせた生活支援 と連携づくり	8/25	②チームマネジメント 課題整理・分析	8/23

20

20

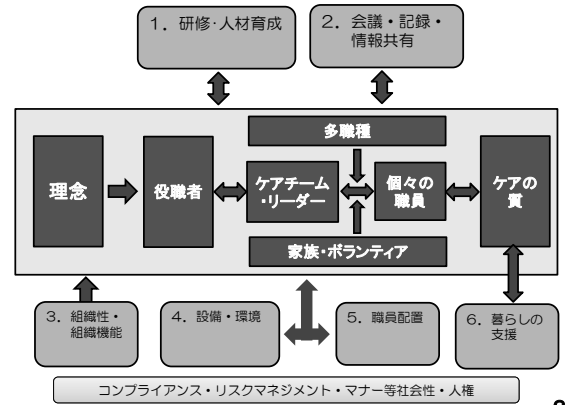
新人育成の仕組み

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
<p>採用時新人研修(5日間集合研修)</p> <p>①ランナー入浴 更衣等</p> <p>②介護技術の基礎 トランスファー</p> <p>③介護技術の基礎 食事・口腔ケア スレニヤ</p> <p>④介護技術の基礎 認知症の基礎理解 認知症の対応</p> <p>⑤介護技術の基礎 緊急時・事故対応</p> <p>⑥介護技術の基礎 高齢者虐待・身体拘束</p> <p>⑦介護技術の基礎 認知症の基礎理解 認知症の対応</p> <p>⑧介護技術の基礎 緊急時・事故対応</p> <p>⑨介護技術の基礎 高齢者虐待・身体拘束</p> <p>⑩介護技術の基礎 認知症の基礎理解 認知症の対応</p> <p>⑪介護技術の基礎 緊急時・事故対応</p> <p>⑫介護技術の基礎 高齢者虐待・身体拘束</p>											
<p>⑬実践</p> <p>⑭学習・省察</p> <p>⑮実践</p> <p>⑯学習・省察</p> <p>⑰実践</p> <p>⑱学習・省察</p> <p>⑲実践</p> <p>⑳学習・省察</p> <p>㉑実践</p> <p>㉒学習・省察</p> <p>㉓実践</p> <p>㉔学習・省察</p> <p>㉕実践</p> <p>㉖学習・省察</p> <p>㉗実践</p> <p>㉘学習・省察</p> <p>㉙実践</p> <p>㉚学習・省察</p> <p>㉛実践</p> <p>㉜学習・省察</p> <p>㉝実践</p> <p>㉞学習・省察</p> <p>㉟実践</p> <p>㊱学習・省察</p> <p>㊲実践</p> <p>㊳学習・省察</p> <p>㊴実践</p> <p>㊵学習・省察</p> <p>㊶実践</p> <p>㊷学習・省察</p> <p>㊸実践</p> <p>㊹学習・省察</p> <p>㊺実践</p> <p>㊻学習・省察</p> <p>㊼実践</p> <p>㊽学習・省察</p> <p>㊾実践</p> <p>㊿学習・省察</p> <p>1年目研修</p> <p>2年目研修</p> <p>3年目研修</p> <p>4年目研修</p> <p>5年目研修</p> <p>6年目研修</p> <p>7年目研修</p> <p>8年目研修</p> <p>9年目研修</p> <p>10年目研修</p> <p>11年目研修</p> <p>12年目研修</p> <p>13年目研修</p> <p>14年目研修</p> <p>15年目研修</p> <p>16年目研修</p> <p>17年目研修</p> <p>18年目研修</p> <p>19年目研修</p> <p>20年目研修</p> <p>21年目研修</p> <p>22年目研修</p> <p>23年目研修</p> <p>24年目研修</p> <p>25年目研修</p> <p>26年目研修</p> <p>27年目研修</p> <p>28年目研修</p> <p>29年目研修</p> <p>30年目研修</p> <p>31年目研修</p> <p>32年目研修</p> <p>33年目研修</p> <p>34年目研修</p> <p>35年目研修</p> <p>36年目研修</p> <p>37年目研修</p> <p>38年目研修</p> <p>39年目研修</p> <p>40年目研修</p> <p>41年目研修</p> <p>42年目研修</p> <p>43年目研修</p> <p>44年目研修</p> <p>45年目研修</p> <p>46年目研修</p> <p>47年目研修</p> <p>48年目研修</p> <p>49年目研修</p> <p>50年目研修</p> <p>51年目研修</p> <p>52年目研修</p> <p>53年目研修</p> <p>54年目研修</p> <p>55年目研修</p> <p>56年目研修</p> <p>57年目研修</p> <p>58年目研修</p> <p>59年目研修</p> <p>60年目研修</p> <p>61年目研修</p> <p>62年目研修</p> <p>63年目研修</p> <p>64年目研修</p> <p>65年目研修</p> <p>66年目研修</p> <p>67年目研修</p> <p>68年目研修</p> <p>69年目研修</p> <p>70年目研修</p> <p>71年目研修</p> <p>72年目研修</p> <p>73年目研修</p> <p>74年目研修</p> <p>75年目研修</p> <p>76年目研修</p> <p>77年目研修</p> <p>78年目研修</p> <p>79年目研修</p> <p>80年目研修</p> <p>81年目研修</p> <p>82年目研修</p> <p>83年目研修</p> <p>84年目研修</p> <p>85年目研修</p> <p>86年目研修</p> <p>87年目研修</p> <p>88年目研修</p> <p>89年目研修</p> <p>90年目研修</p> <p>91年目研修</p> <p>92年目研修</p> <p>93年目研修</p> <p>94年目研修</p> <p>95年目研修</p> <p>96年目研修</p> <p>97年目研修</p> <p>98年目研修</p> <p>99年目研修</p> <p>100年目研修</p>											

21

21

施設アセスメントシート



22

22

スーパーバイザー巡回によるリーダー育成（1）

- グループで2名のスーパーバイザー（SV）を確保
- SVによる各法人の巡回（週に1～2度）
- 各法人の課題を、アセスメントシート（as）1～6に沿って提案
- 各法人による、行動計画の策定
- 行動計画の実践プロセスに対するSVによる助言の継続

↓

- 将来のグループ法人による職員共同募集や人材交流に備え、最も困難な取り組みからスタートした
- as2（会議、記録等を通じたチームマネジメント）、as3（現場を支援する組織風土の醸成）の標準化の難しさがわかってきた

23

23

スーパーバイザーの巡回によるリーダー育成（2）  
チームマネジメント（情報共有→やりがい・人間関係）

- ケアとチームの状況の情報収集
- 個別のケースに対する専門的アドバイス
- 会議やカンファレンスに参加、運営方法について助言
- 役職者の相談対応、マネジメントに対する具体的助言
- 研修が実際のケアやチームのマネジメントへの効果確認、研修コンテンツの改善のための情報収集等
- グループ法人の事業所において、課題に応じた研修の実施

- 人材・開発研究センター会議（週1回）
- 各法人の現状報告と共有、課題整理
- サポートやスーパーバイズの方法を検討

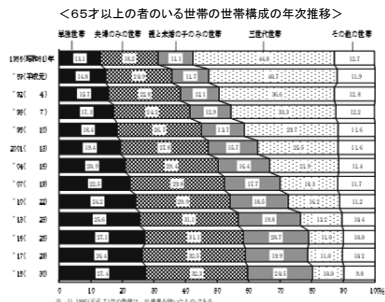
24

24



## ■新たな介護サービス提供の仕組みと介護人材

○通所・訪問・短期、在宅3本柱が、同じ屋根を支えていない状態が珍しくない。3本柱の意味は、同じ屋根を支え、シナジー効果により力を発揮するところにある。そういった多機能型拠点の開発が望まれる。



出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

25

## 認知症高齢者を地域で支える小規模多機能

性別	認知症自立度		日常生活自立度(寝たきり度)	
	人数	割合	人数	割合
男	10,333	26.6%	2,530	7.0%
女	29,535	73.4%	5,228	14.4%
回答数	39,872		7,758	19.4%

要介護認定状態区分		登録時の要介護認定状態区分	
人数	割合	人数	割合
要支援1	1,817 (4.7%)	2,882 (7.8%)	
要支援2	2,427 (6.2%)	3,093 (8.4%)	
要介護1	10,187 (26.2%)	12,410 (33.5%)	
要介護2	9,710 (25.0%)	8,554 (23.1%)	
要介護3	7,231 (18.6%)	5,306 (14.3%)	
要介護4	4,773 (12.3%)	3,354 (9.1%)	
要介護5	2,686 (6.9%)	1,423 (3.8%)	
看護中	3 (0.0%)	13 (0.0%)	
回答数	38,834	37,039	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

26

## 利用者の世帯構成と小規模多機能

●現状と明らかになったこと(利用者後) 個別調査で得られた38,956人が分析の対象。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析。

○世帯構成  
独居高齢者が(近居家族無+近居家族有)37.9%となっている。高年齢者世帯(独居高齢者2人暮らし)が52.3%となっており、昨年同様50%を超えた。

世帯	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
独居(近居家族無)	23.4%	23.4%	23.1%	21.9%	21.2%	19.2%	17.7%	16.4%
独居(近居家族有)	14.5%	14.5%	13.8%	12.9%	12.3%	12.6%	10.8%	11.2%
配偶者と暮らし	14.4%	14.4%	14.2%	14.7%	14.8%	14.7%	14.5%	15.0%
子どもと暮らし	13.0%	13.0%	12.3%	12.0%	12.4%	11.8%	11.9%	11.4%
子ども世帯と同居	27.9%	27.9%	30.2%	32.2%	33.0%	35.1%	38.2%	39.8%
その他	8.8%	8.8%	8.4%	8.3%	8.4%	8.8%	8.8%	8.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,412	38,071	40,312	28,329	26,304			

○利用者の住まいと事業所との距離  
もっとも多いのは「5キロ前後」で41.2%、「1キロ前後」で31.2%となっている。「同一建物・同一敷地内」を除き、5キロ前後以内からの利用が72.4%となっている。

距離	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
同一建物	10.4%	10.2%						
同一敷地内	2.7%	2.9%	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%
1~1.9km	31.2%	30.5%	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%
2~2.9km	41.2%	40.7%	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%
3~3.9km	11.9%	12.6%	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.3%	14.5%
4~4.9km	2.8%	3.1%	3.9%	4.2%	3.9%	4.4%	4.8%	5.1%
5km以上	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
合計	38,452	39,010	40,228	28,329				

「自宅まで一人暮らしもしくは高齢者のみ世帯の5%圏内(中学校区程度)にお住まいの方が多い。」

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

27

## 小規模多機能・利用者を地域で支えるための工夫

利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のための工夫  
直接行方介護サービス以外に上記のような地域との関わりや費用は直近1週間

	該当数	割合
民生委員と連絡を取っている	1,306	66.3%
近所や友人と連絡を取っている	1,089	56.3%
地域の留守りネットと連携している	395	20.1%
地域の自治会・老人会と連携している	769	39.1%
地域の商店と連携している	482	24.5%
保育園・幼稚園・学校と連携している	226	11.5%
警察・消防と連携している	597	30.3%
その他	122	6.2%
いずれもあてはまらない	180	9.1%
回答数	1,999	

認知症になっても、利用者が自宅や地域でできることを増やして、送りたい暮らしを実現するための工夫

	該当数	割合
利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている	1,331	67.6%
利用者のなじみのある顔や名前、風貌、ならわしなどを尊重している	1,626	77.6%
要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している	710	36.0%
利用者とともに事業所や地域の1ま(今)と今後を考えて「あったらいいな」を形にしている	477	24.2%
利用者とともに事業所や地域の1ま(今)と今後を考えて「あったらいいな」を形にしている	278	14.1%
その他	67	3.4%
特になし	125	6.3%
回答数	1,979	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

28

## 地域生活をケアできる人材の理論構築と新たな指導者群の養成

(地域包括ケア研究会報告書 2019. 3)

○今後、包摂的な地域社会を構築し、生活全体をケアすることができる人材を確保していく方向の中では、単に介護労働者としてではなく、地域との関わりをもった形での専門職人材を育成していくことが不可欠である。また、IPW(Interprofessional Work: 多職種連携)やIPE(Interprofessional Education: 多職種連携教育)についても、単なる専門職間での連携にとどまらず、地域住民や家族、本人を交えた地域全体の中に、多職種連携を位置付けることが重要である。

○とりわけ、地域包括ケアシステムは、地域での生活の継続を目標としており、「地域における人の生活」とは、地域の多様な人々と人の繋がりが(関係性)のことを意味している。したがって、地域包括ケアシステムに従事する専門職には、こうした人と人の関係性を意識した働きかけができる知識体系と能力が不可欠と言え換えることもできる。

○こうした専門職としての高度人材を育成していくためには、それぞれのサービスの技術を高める範囲にとどまらず、他との連携や他との関係性や他の職種の動きを俯瞰することも難しく、限界があると言わざるを得ない。したがって、**仮に時間や財源が必要だとしても、中長期的な投資として、高等教育機関において介護職としての理論構築を進め、新たな指導者群を養成するといった努力をこの段階から積み上げておくべきであろう。**そうした地道で着実な努力が、2040年における介護人材問題の緩和に貢献するだろう。

29

29

## 地域密着・複合型拠点と介護人材(京都市 2016.12.5)

土地180坪で特養・小規模多機能・サロン併設の学区の拠点づくり

○特養定員24名と小規模多機能定員29名(在宅)

→ 中重度高齢者・計53名を支える拠点

○小規模多機能を併設し要介護高齢者をぎりぎりまで在宅で支える  
○サロンを併設し、参加・役割・介護予防拠点の機能を合わせ持つ地域拠点型特養モデル

= 特養2ユニット(12名・12名) + 小規模多機能(29名)

1階 小規模多機能・サロン・事務所・厨房

2階 特養1ユニット(12名)

3階 特養1ユニット(12名); 夜勤1名増のコストが経営上の課題

○母体施設があるため経営が可能 < 地域拠点型特養はサテライト

○京都市76圏域に地域拠点型特養を創設(21/76が空白)

○人材確保が容易 ①少人数(約25名) ②利便性 ③やりがい 30

30

### 介護福祉士の高度化（京都府への提案）

**「人材育成認証制度」・「サービスの質＝専門職育成」の両輪**

介護福祉士に1年間の上乗せコースを (認定介護福祉士1類及びOJT)	成果を共有し、 府立大学に介護学部及び大学院創設 ↓ 理論構築及び指導者養成	地方から国への発信 ↓ 新たな教育体系と資格制度構築
---------------------------------------	---	----------------------------------

**31**

### 京都地域密着型サービス事業所協議会「コミュニティケアワーカ―養成」 「地域生活継続支援介護専門士2級」（2020年度予定）

- 目的:
  - 京都市内61包括圏域において、**地域ケア会館等地域連携場面で当事者を代弁する立場で発言のできる指導的介護人材の育成。**
  - 具体的には、小規模多機能のチームリーダー等を対象とし、**最終的には全ての小規模多機能チームリーダー等に対して必須の研修**とすることにより、京都市内の小規模多機能の質の標準化を図るとともに、高齢サポートのプランナーとして地域づくりを視野に入れた介護拠点の実現を目指す。
- 対象者  
小規模多機能においてチームリーダーあるいはそれに準ずる役割にあるもの。
- 受講者要件
  - ①2に掲げる役職者であること
  - ②介護福祉士資格を有し、かつファーストステップ研修終了者(受講見込可)。
- 研修期間及び科目(認定介護福祉士に準拠):1級を認定介護福祉士とする
  - ①総時間 128時間 : 演習64時間(1時間=45分とする) 自職場課題64時間
  - ②期間 2年/年4日(計8日間)
- 自職場課題及び到達度評価
  - ①認定介護福祉士、ファーストステップ研修に準じた仕組みとする
  - ②研修要綱への記載については検討する
- 研修修了証の交付及び養成計画
  - ①研修終了者に対しては、地域密着協会長及び京都市長による修了証を交付
  - ②養成計画は、まず包括圏域に1名(61名)、次に小学区に1名(220名)とする

**32**

31

32

### 京都地域密着型サービス事業所協議会 2011年4月設立

一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会役員状況(2019.6.17現在)

サービス提供種	法人化まで 小計(25名)	継続入会												役員 数	役員 数		
		2011年4月	2012年4月	2013年4月	2014年4月	2015年4月	2016年4月	2017年4月	2018年4月	2019年4月	2020年4月	2021年4月	2022年4月				
法人会員(24団体のみ)		20	20														
小規模多機能型居宅介護事業所(運営含む)	24	24	11	35	2		5	11	7	1	2	2	3	3	4	51	608
地域密着型介護老人福祉施設	11	7	1	8	4		2	2	1		2	1			1	20	30
認知症対応型共同生活介護事業	5	5	1	6							2				2	6	9
認知症対応型通所介護事業	—		17	17	4		1		3							19	28
定額利用・福祉利用型認知症介護事業	—		2	2			1		1						1	5	9
地域密着型特定介護施設	—		1	1											1	0	12
正会員小計	40	36	33	69	10	0	9	1	12	4	3	2	6	6	5	101	965
認知症対応型共同生活介護事業	30	10	14	24			1	1	1	4	1			1	1	27	109
地域密着型通所介護事業	—								9	1			2	1		11	94
正会員合計	30	46	47	93	10	1	10	2	25	5	4	2	9	8	6	139	470
賛助会員	17法人・2個人		4法人・1個人	12法人	1個人	18法人・1個人	22法人	1個人	13法人	1個人	12法人	1個人	13法人	1個人	11法人	10	—
役員数(正会員数 94)																	
社会福祉法人	10社																
株式会社・有限会社・合同会社	2社																
非営利法人・専従士人組織	10																
その他法人	1																
合計	139																

**33**

領域名	科目名	単位	時間(標準学習をとする時間)	形態
認定介護福祉士養成研修導入	認定介護福祉士概論	1	15(7)	講義・演習
医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携	2	30(30)	講義
	疾患・障害等のある人への生活支援・連携	2	30(15)	講義・演習
リハビリテーションに関する領域	生活支援のための運動学	1	10(10)	講義
	生活支援のためのリハビリテーションの知識	2	20(8)	講義・演習
	自立に向けた生活をするための支援の実践	2	30(8)	講義・演習
福祉用具と住環境に関する領域	福祉用具と住環境	2	30(0)	講義・演習
認知症に関する領域	認知症のある人への生活支援・連携	2	30(15)	講義・演習
心理・社会的支援の領域	心理的支援の知識技術	2	30(15)	講義・演習
	地域生活の継続と家族支援	2	30(15)	講義・演習
生活支援・介護過程に関する領域	認定介護福祉士としての介護実践の視点	2	30(0)	講義・演習
	個別介護計画作成と記録の演習	2	30(0)	講義・演習
	自職場事例を用いた演習	1	30(20)	演習・講義
<b>類 計</b>				<b>345(143)</b>

**34**

33

34

領域	医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携	2	30(15)	講義・演習	
						心理・社会的支援の領域
類	マネジメントに関する領域	介護サービスの特性と求められるリーダーシップ、人的資源の管理	1	15(7)	講義・演習	
		チームマネジメント	2	30(15)	講義・演習	
		介護業務の標準化と質の管理	2	30(15)	講義・演習	
	自立に向けた介護実践の指導領域	法令理解と組織運営	1	15(7)	講義・演習	
		介護分野の人材育成と学習支援	1	15(7)	講義・演習	
		応用的生活支援の展開と指導	2	60(40)	演習・講義	
		地域における介護実践の展開	2	30(0)	講義・演習	
<b>類 計</b>				<b>255(121)</b>		
<b>合計</b>				<b>37</b>	<b>600(264)</b>	<b>35</b>

**35**

### 介護人材のすそ野の拡大について

第6回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会  
平成28年10月5日

**論点④**  
介護人材のすそ野を拡げ、介護未経験者の参入を促進するとともに、利用者の尊厳ある自立した生活を支援するためには、介護に関する基礎的な知識・技術を学ぶことができる機会が必要ではないか。

**方向性**  
介護人材のすそ野を拡げるためには、介護に関する基礎的な知識・技術を学びやすい機会を作ること、介護分野への参入のきっかけ作りが必要である。  
一方で、初めて介護分野に参入した人材についても、利用者の尊厳ある自立した生活を支援するためには、制度の理解や介護に関する基本的な知識・技術など、必要最低限の知識・技術を身につけておく必要がある。  
このため、介護職員初任者研修よりも簡単な入門的研修の導入を検討する必要があるのではないかと。

**<介護分野に参入した人材が担う役割と必要最低限の知識等>**

<b>介護人材が担う役割</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>食事、排泄等の身体介護</li> <li>掃除、調理等の生活援助</li> <li>身体介護や生活援助を通じた利用者に関する情報の収集</li> </ul>	<b>必要最低限の知識・技術</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度の理念</li> <li>身体介護や生活援助に関する基本的な知識・技術</li> <li>緊急時の対応方法</li> </ul>
--	--

介護分野に参入しやすいよう入門的な研修について検討

**36**

35

36

## 地域密着型複合拠点における介護人材機能分化の試み

### 職員配置の実際

10名のAユニット 早出 7時～16時 1名  
 アテンド日勤 9時～15時 0.75名  
 遅出 12時半～21時半 1名  
 アテンド夜勤21時～7時半 1名

12名のBユニット 早出 21時～9時半 1名  
 アテンド日勤 8時～14時 0.75名  
 遅出 12時半～21時半 1名  
 アテンド遅出16時～20時 0.5名  
 夜勤 21時～9時半 1.25名

A=介護職3.75名/日 5.25名(常勤介護福祉士3名介護アテンド2.25名) 1.9:1

B=介護職4.50名/日 6.30名(常勤介護福祉士4名介護アテンド2.30名) 1.9:1

計 11.55名(常勤7名 アテンド4.55名=40%)

看護職1.4名 5.25+6.30+1.4=12.95→**介護配置1.7:1**

37

37



地域密着複合拠点  
 おんまえどおり  
 Onmaedori  
 2019年4月開設

38

38

## 2040年を見据えた伴走型サービス拠点 そして介護人材のあり方の再構築が求められている

- 高度マネジメント人材=新たな指導者群養成が急務
  - 介護チームM、医療等他職種・住民等地域マネジメントへの参画
  - 若者が目指す職域の確立
- 中重度介護(介護福祉士)・軽度介護・家事(初任者研修)
  - ボリュームゾーン
  - 実務経験等で取得・子育て終了女性・高齢者・外国人材など
- 他業界・地域の力を介護施設等に
  - 介護保険サービス人材構成再編検討

\*\*\*\*\*

- ①リハ・フィットネスなど(市場サービス)や有償ボランティアによる地域支援事業などの拡大など、新たな分野と人材の拡大
- ②AI、ロボット、IOTなどの活用

39

39



40

40

## 第2部：シンポジウム「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

## 講演3 「介護人材の確保・定着に向けた教育・研修プログラムの提案と紹介」

埼玉県立大学保健医療福祉学部理学療法学科 教授

田口 孝行

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました埼玉県立大学理学療法学科の教員をしております。田口孝行と申します。今日は、埼玉県立大学の専門職連携教育への関わりや、県内の4大学連携教育への関わりなど教育的立場で、教育研修などの内容に絞ってお話しさせていただこうと思っております。

先ほど来、介護の現場の状況について先生方に紹介いただきましたので、私は特に、介護人材の確保・定着における問題点につきまして、3つの視点に絞ってお話しさせていただこうと思っております。また、介護人材の確保・定着における問題点につきまして、大学として教育・研修プログラム開発と活用に関する提案とその詳細についてお話しさせていただきます。

早速ではございますが、介護人材の確保・特に定着という問題につきまして、先ほど来からの先生方の報告で、人間関係で職場を辞めた、離職したというようなこともあったと思います。一つは、多職種連携のチームメンバー内における人間関係・専門職間の葛藤（コンフリクト）の問題、二つ目として、多職種連携の実践、いわゆるチーム活動の実践における葛藤（コンフリクト）の問題、最後の一つは、介護実践における葛藤（コンフリクト）の問題です。

葛藤（コンフリクト）には、迷いだとか、どうして良いか分からないなどということも含めたところがあると思います。そういう葛藤が、迷いがあることによって、それが解決されなければ、または解決する手段が身に付いていなければ、やはり離職につながっていくのではないかと、定着につながらないのではないかと思います。今回はそのような視点でお話を進めさせていただこうと思っております。

最初に、最近の一つの職種で全てが行われるということはほとんど無く、多職種連携、チームの活動が重要視されております。この中で、やはりチームメンバー内での葛藤（コンフリクト）が、どのように起こっているのかということについて、少しお話しさせていただきます。

IPWは一般的に多職種連携と訳されております。本学では専門職連携という訳し方をしております。しかし、意味することとしては、IPW、専門職連携実践、多職種連携実践も同義であります。そして、連携教

育があります。

連携実践で大事なこととして、「相互に作用」する「学習」であること。そして、専門職連携教育は「共に学んで、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶ」という定義になっております。専門職連携教育といいますと、「連携できるシステム開発」教育だとか、その「連携システムに精通」する教育だとか、「連携する技術を身に付ける」教育だとかと誤解されやすいのですが、そうではなくて、もう少し規範的な部分の教育だというふうにご理解いただければと思います。ですので、保健福祉の連携実践は、各職種の相互作用に基づく学習で成り立つ、そして、その実践は「共に学んで、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶ」という規範が根底に存在するというところでございます。

多職種連携の定義にもありますが、先ほども山田先生の講演でも出ましたが、やはり専門職の差異・多様性・個性を肯定的に捉えて、全ての専門職を平等とみなす価値観に基づいて連携が行われなければならない、これが大前提でございます。

ここで、多職種連携の7つの視点が挙げられております。1番目から3番目はよく言われることです。ですが、4つ目に連携するに当たり「共に学ぶ」という視点、5つ目に「それぞれの専門職を尊重する」という視点があげられています。さらに、6つ目に専門職と連携することによって、各自の専門技術の質ももしかしたら高まっていかなければいけないという視点があげられています。専門技術はマニュアル的になることが多いのですが、もう少し専門性を総合的に広く「創造的」に提供できることが必要です。

最後に、一番大事なものは、7番目に挙げられている「満足度を上げる」です。極端に言いますと、連携することによって満足度が上がっていないければ、これは多職種連携と言わないというようなことでございます。ですので、この満足度が高まっていないという状況では、やはり専門職（介護職）の定着にはつながらないのではないかと思います。

専門職連携が大事、多職種連携が大事だとよく言われますが、なかなか上手くいっていないのが現状だと思います。その上手くいっていない原因の一つとして、それぞれの専門職の養成課程における教育

や思考過程は、スライドに示すような技術的合理性と言われる「階層性」で成り立っているということでございます。各専門職でいろいろな問題に遭遇したら、基礎に立ち返るといような教育が各専門職養成校でなされ、その思考過程がたたき込まれて卒業していきます。

専門職の技術的合理性というのは、各専門職にそれぞれあるもので、専門的サービス提供には必要なことですので、最初はそれに基づいてそれを患者や家族に対してサービスを行う必要はあると思います。これが、役割分担としてのチームアプローチだと理解されがちですが、チームにおいてこの各専門の技術的合理性のみでやっていきますと、最終的にはチームとして活動しているつもりが、専門職間の技術的合理性のバトルのような状況に陥ってしまうことがあります。

専門的合理性における弊害として、一つよく聞くのは「専門用語が通じない」という話です。専門用語が通じないということ、ちょっと考えてみますと、「専門用語を理解していない」、それが「学術的に未熟である」「学習や修練が不足している」などというようなことと理解されてしまっている場合、「専門職として未熟だ」と思ってしまう。結構そういうことが多いような気がします。そのような状況ですと、やはりチームをつくってもチームが機能しない、またはチームワークができないということが起こってくる。それによっても、葛藤（コンフリクト）が起こってしまうというような状況になっているのではないかと思います。

我々大学教員は、専門職を養成しております。専門のプロフェッショナルを養成しているところでございます。基本的には専門職養成の大学では、技術的合理性に基づいた技術的熟達者（エキスパート）を養成していると思います。単にこれだけではプロフェッショナルではないのです。技術的熟達者（エキスパート）とあともう一つ、省察的実践家という側面を兼ね備えていることがプロフェッショナルには必要ということでございます。つまり、状況との対話の中で、行為の中の省察（リフレクション）という実践ができることです。こういう部分が、専門職養成の学校教育では不足しているのではないかとこのように思いますし、技術研修の中でも不足しているのではないかとこのように思います。

IPWの中で、問題が設定され、問題解決に至る過程において、さまざまな技術的合理性が提供されます。そしてチーム活動としては、この状況との対話の中でリフレクションも行われるというようなことが、チーム活動として必要であるということです。実践して経験して、そして省察（リフレクション）して概念化する。この概念化するといようなところま

で、経験学習と言われるようなところとされています。この概念化することによって実践に活かされるということでございます。そのためには、やはり総括的リフレクションが必要であるということで、本学での連携教育が行われております。

本学では、IPEに関する科目をスライドに示すように構成し、4年間で段階的に連携力を育成するような教育プログラムを実施しております。特に実践的な教育ということで、IPW実習を取り入れております。このIPW実習（多職種連携実践実習）について、本学には5つの学科がありまして、5学科の学生混合チームをつくって、実際の施設で実習を行います。1人の対象者（または地域課題）について、学科混合チームで支援計画を作成するといような中身でございます。最近では県内の埼玉医科大学（医学）、城西大学（薬学、医療栄養学）、日本工業大学（建築）と一緒に、大学間連携教育の一環としてIPW実習を行っております。

この実習で一番重要視しているのは、リフレクションという部分でございます。この実習では、優れた支援計画作成が主目的ではなく、リフレクションを重要視しております。上手くできなかったのは、なぜ上手くできなかったのかといところだけではなく、上手くできたとしても、なぜ上手くいったのかということをしつかり振り返ってみること、これを重要視しております。つまり、チームメンバーはいつも同じではなく、チームの課題もいつも同じではありません。やはりどんなチームメンバーでも、どんな課題でも、チーム内で自分の役割を見つけ出して、他者に役割を促して（他者に促すためには他者のことを知らなければいけない）、サービスの質を落とさず提供できるチーム活動が行える人材を育成するということをコンセプトにして教育プログラムを行っております。このリフレクションで実践的な解決プロセスを体験することによって、葛藤（コンフリクト）への対処、そして省察的実践家に近づけるようなことを目指しているといところでございます。

この学部教育のプログラムを基にしまして、本学では多職種連携総合課程（IPW総合課程）の研修プログラムを、2年前から立ち上げております。本学の地域産学連携センターの事業の一つとして行っているものでございます。実践者の連携力を高めることを目的とした講座構成となっております。この講座はIPW、多職種連携の基礎といところから実践も含めたプログラムとなっております。なかでも、IPW実習とい実践的な実習を取り入れているといところが特徴でございます。

実習の方法としましては、先ほど言いましたような学部教育とほぼ同様のやり方で行っておりまして、

やはりリフレクションを重要視して行っております。このような研修プロセスを通して、実践者個人の連携力を高めるということですが、やはり連携する中でどんなに環境を整えたとしても、やはり迷いだとか、葛藤（コンフリクト）だとか、どうしても出てきてしまうと思います。ですので、そのようなことへの対処方法というところ、対処は1人で考えるだけではなくて、チーム全体で、または職場全体で考えるということが必要だと思います。そのやり方を体験的に学んでもらう研修ということでございます。

同じような研修として、先ほども紹介しました埼玉県内の本学を含めた4つの大学（本学、埼玉医科大学、城西大学、日本工業大学）が協働して、連携力を高めるような実践者向けの研修会も大学間連携の一環として行っております。スライドに示したものが一つの例ですが、緩和ケアにテーマを絞って、スライドに示したような構成で、模擬患者さんに協力をいただいている模擬実践研修としております。この研修でもリフレクションを中心にして、連携方法、葛藤（コンフリクト）への対処方法を学ぶというような形の研修会になっています。この研修会は1日間です。

これまでは、チームメンバーの中での葛藤（コンフリクト）の話でしたが、ここで話を変えます。今度は実践現場、連携実践絡みでの葛藤（コンフリクト）につきまして、話をしてみようかと思います。

今回のシンポジウムの主催であります本学の研究開発センターの中に、研究プロジェクト班が何班か存在します。その中の2つのプロジェクトの成果について話をしようと思います。その中の一つのプロジェクト班で、リハ職とケアマネジャー（介護福祉専門員）の他職種連携に対するアセスメントの状況の違いについて調査しております。そうしたところ、脳血管疾患について、スライドの緑色の部分、青い部分につきまして、これはリハ職が中心に見ているアセスメント部分です。これに対して、赤い部分は、ケアマネジャーの方がリハ職に比べて少し高めに見ているアセスメント内容を示しております。

このようなアセスメント内容（項目）についてもやはり職種によって見ているところが少し違うことがわかります。また、パーキンソン病の患者さんについても、同様にアセスメント内容（項目）の違いが出ていますのでございます。

この調査も含めて、先ほど本シンポジウムの意図について説明した川越先生を中心とした事前検討会なども行いまして、ICFでこのようなまとめ方をしていますが、ICFで分類されたものもすべて統合してどんな具体的な課題があるかというところが、それぞれの疾患について挙げられるということが分かって

きました。

ケアマネジャーさんになっている方々のオリジナルの専門職は、基本的には介護福祉職が多いようです。それで、事例検討会におきまして、アセスメント方法の問題として見えてきたものは、ケアマネジャーさんは医療に関する具体的な指導は医師とか医療職に全面的に任せてしまっている傾向にあるというようなところでした。また、何をしなければならぬのか、何の情報を収集しなければならないのかということのイメージがしっかりとできていないというところもありました。それで、医療系の知識がベースになった上でのアセスメント方法が介護福祉職になじまないのではないかとこのふうなことが挙げられました。

ですので、何をアセスメントすべきか、なぜアセスメントすべきか、そして必要な医療情報は何かということ、順番に身に付けてもらう。このような手順で、研修プログラムを確立する必要があるのではないかとこのことが挙げられました。

このような研究成果から、大学としては実践につながるようなアセスメント方法に関する研修プログラムを構築して、今後、研修会を行うことにしております。12月14日、1月11日の2回、2日間で行う研修でございます。この研修では、先ほど言いましたように、何を見るのか、なぜ見るのかということを確認できるように、順を追って、分かりやすく、医療も含めて、課題解決できる内容で企画しております。このようなことで、実践の中における連携の一つの見方というところから、介護職と医療職とをつなげてもらえるようなケアマネジャーさんの研修を企画しています。

そしてあともう一つは、介護実践における葛藤（コンフリクト）についてです。介護現場で自立支援を目指すことが重要視されております。その課題を追求するときに、課題を明確化する、または書面化する、そして、それに対応するというところについて、迷いだとか、できないといったようなことが葛藤（コンフリクト）として起こっていることが考えられます。

これも本学研究開発センターのプロジェクト班の一つの研究成果であります。何ができないのか、どう対応するのかというところをしっかりと明確化させる必要があるということが示されました。通所介護（デイサービス）につきまして調査しましたところ、通常、機能訓練指導員と呼ばれるような職種（通常は看護師が多くやっているようです）がおります。通常ですと、どのような課題があるかを把握し、全体像を理解して、自立支援ということを目指すところなんです。その調査の中で出てきた課題としては、やはり課題と対策について具体的ではないとい

うところでは、つまり、何ができないのかということの証明、なぜできないのかという見立てができないというところが、通所介護での問題点として挙げられていたということです。また、「やりたい」という生活ニーズを具体化するといったようなアセスメント能力を高める必要があるのではないかとこのところでございます。このようなことを目指すような研修プログラムを開発して、そして現在行っているということでございます。自立支援に向かう必要がありますことから、ただ単に機能訓練指導員だけが理解してやれば良いということではなく、やはり介護職員も含めて、全ての職員が連携した形で取り組む必要があると思います。

本プロジェクトでは、このような研修を通して、通所介護における総合的な介護ケアマネジメントモデルを開発することを目指しております。

最後になりました。介護人材の確保・定着。特に定着につままして、いろいろな葛藤(コンフリクト)があろうかと思えます。どんなにシステムや環境を整備した状況でも葛藤は起こってくると思えます。ですので、その葛藤をどのようにして解消するか、対処していくかというような、そのような対応技術を身に付けるということが必要ではないかと思っております。

そんな中、葛藤(コンフリクト)をチームで考えられる環境整備、施設全体で考えられる環境整備、そういうことが必要ではないか。それが、最終的には、介護職のケアの質、利用者の生活の質向上につながるというふうに思っております。

大学としては、このような問題点、課題を明確にして、そしてどのように解決したら良いかというような教育・研修プログラムの開発・実践をしているところでございます。これを活用していただくとともに、実践者の皆様と一緒に考えていければと思います。

少し長くなりましたが、ご清聴ありがとうございました。

## 第2部 シンポジウム

「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

# 介護人材の確保・定着に向けた 教育・研修プログラムの提案と紹介

埼玉県立大学 保健医療福祉学部 理学療法学科

田口孝行

・埼玉県立大学 IPE(専門職連携教育)科目担当者会・会長  
・彩の国連携力育成プロジェクト(4大学連携事業)  
埼玉県立大学リーダー

1

## 本日の内容

### 1. 介護人材の確保・定着における問題点

- 1) 多職種連携チームメンバー内における葛藤(コンフリクト)
- 2) 多職種連携実践(IPW)における葛藤
- 3) 介護実践における葛藤

### 2. 介護人材の確保・定着に向けた教育・研修プログラムの活用

- 1) 連携力育成 教育プログラムの活用
- 2) アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修の活用
- 3) 通所介護研修(生活課題解決型機能訓練マネジメント研修)の活用

2

## 介護人材の確保・定着における問題点

### 医療・介護連携(チーム支援)・介護実践における 葛藤(コンフリクト)

#### 1) 多職種連携チームメンバー内における葛藤

- ◆ IPW(多職種連携)は、専門職の差異、多様性、個性性を肯定的にとらえ、すべての専門職を平等とみなす価値観に基づく(規範・態度面の葛藤)

(英CAIPE)

#### 2) 多職種連携実践(IPW)における葛藤

- ◆ 医療系と福祉・介護系のアセスメント展開方法の違いにおける葛藤  
・「何をアセスメントすべきか」⇒「なぜアセスメントすべきか」  
⇒「必要な医療情報は何か」(具体化の必要性)

#### 3) 介護実践における葛藤

- ◆ 自立支援における課題の明確化・焦点化と対応(対策)における葛藤  
・「できなくなった」「やりたい」とする生活行為について、  
「何ができないのか」「どう対応するのか」等

3

### 1) 多職種連携におけるメンバー内の葛藤(コンフリクト)

多職種連携(IPW)の定義 CAIPE, UK 2002  
The Centre for the Advancement of Interprofessional Education

保健医療福祉の異なる専門職種により、相互作用に基づく学習によって成り立つ

IPW; 専門職連携実践  
Interprofessional Work

複数の領域の専門職が、それぞれの知識と技術を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す援助活動

IPE; 専門職連携教育  
Interprofessional Education

複数の領域の専門職者が、連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でもともに学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶこと

4

## IPW(多職種連携)について(CAIPE)

- 専門職種間だけの連携ではない(団体間、サービス利用者やその家族とも連携)。
- その連携が、個人、家族、地域のケアおよび生活の質につながる。
- 専門職の差異、多様性、個性性を肯定的にとらえ、すべての専門職を平等とみなす価値観に基づいている。

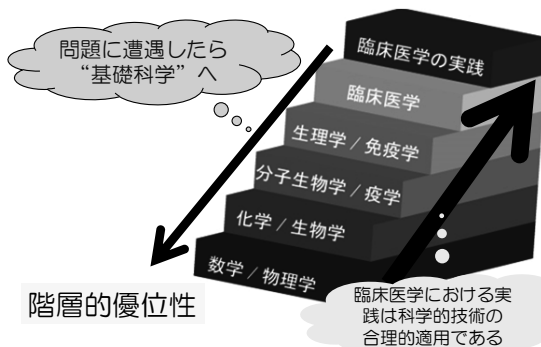
## IPW(多職種連携)の7つの視点(CAIPE)

- ① ケアの質の向上に努めること
- ② 利用者と家族のニーズに焦点を当てること
- ③ 利用者と家族とともに取り組むこと
- ④ 他の専門職から彼らのことについて、ともに学ぶこと
- ⑤ それぞれの専門職を尊重すること
- ⑥ 自分の専門的業務の質を高める ⇒ 創造
- ⑦ 専門職としても満足度を上げること

5

## 技術的合理性 Technical Rationality

Donald A. Schön



6





IPW実習では、

- **優れた支援計画作成が目的ではない！**

**重要なのは、“リフレクション”**

- 上手くできなかつたら、“なぜ上手くできなかったか？”を振り返る
- 上手くできても、“なぜ上手くいったか？”を振り返る

**チームメンバーはいつも同じではない！  
チームの課題はいつも同じではない！**

どんなチームメンバーでも、どんな課題でも、チーム内での自分の役割を見つけ出し、他者の役割を促し、サービスの質を落とさずに提供できるチーム活動が行える人材育成

➡ **葛藤（コンフリクト）への対処、省察的実践家**

13

**実践者IPW(多職種連携)研修（連携力育成教育プログラム）**

**1) 埼玉県立大学「IPW(多職種連携)総合課程（全8回）」**

IPW (Interprofessional Work: 専門職連携実践) は複数の領域の専門職がそれぞれの知識と技術を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を利用者と共に目指す援助活動です。この課程では、IPWの実践能力を高めることで、多様化・複雑化したニーズを持った人々を支援できる人材育成を目指します。

日時	回	内容
2019年 9月7日（土）	第1回	IPWの基礎(1): IPW/IPEとは IPWの基礎(2): コミュニケーションと自己理解 IPWの基礎(3): IPWの基本となるヒューマンケア IPWの基礎(4): IPWの基本原則 IPWの基礎(5): IPWにおけるチーム活動とチーム形成
9月21日（土）	第2回	IPWの実践と専門職の役割(1)~(3) (行政・介護支援専門員・リハビリテーション・地域包括ケア等の立場から) IPWの基礎(6): IPWにおけるリフレクションと葛藤
10月5日（土）	第3回	IPWの基礎(7): IPWに必要なファシリテーションスキル 特別講座: 2040年に向けた地域包括ケアシステムの進展 IPW実習(1): オリエンテーション IPWの実践ミニレクチャー(1): 当事者が主役となるための理念と実践

14

**1) 埼玉県立大学「IPW(多職種連携)総合課程（全8回）」  
つづき**

日時	回	内容
10月19日（土）	第4回	IPWの実践ミニレクチャー(2): 薬剤師とうまく付き合う IPWの実践ミニレクチャー(3): 建築分野との連携が開く可能性とその入口 IPWの実践報告(1): 受講者のIPW実践報告
11月2日（土）	第5回	IPWの実践と評価(1): IPWのコンピテンシーとIPEの成果（大学教育） IPWの実践と評価(2): 多職種連携実践の現状と評価（実践者教育） IPWの実践報告(2): 受講者のIPW実践報告
11月16日（土）	第6回	IPW実習(2) ※3施設（老健・特養・病院）の協力 ※受講者の多職種混合チームにて実際の対象者さんの支援方針を作成する
11月30日（土）	第7回	IPW実習(3): まとめ・報告会準備 IPWの実践と専門職の役割(4): 国の施策動向と連携・協働上の諸課題 IPWの基礎(8): 改めてIPWの基本原則を確認する
12月7日（土）	第8回	IPW実習(4): 報告会・リフレクション 修了式

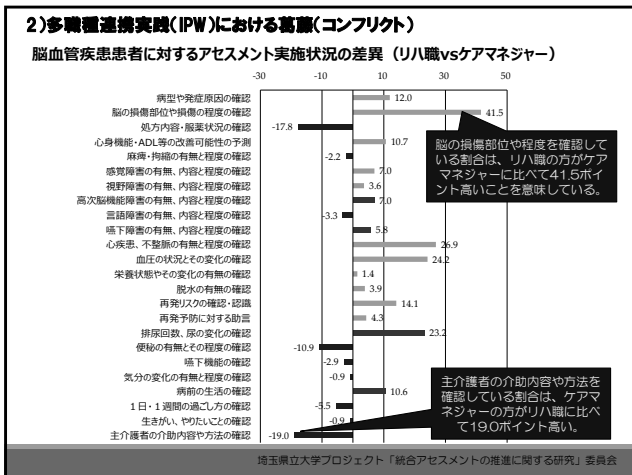
15

**2) 彩の国連携力育成プロジェクト（SAIPE）  
「緩和ケアIPW(多職種連携)研修会（1日間）」**

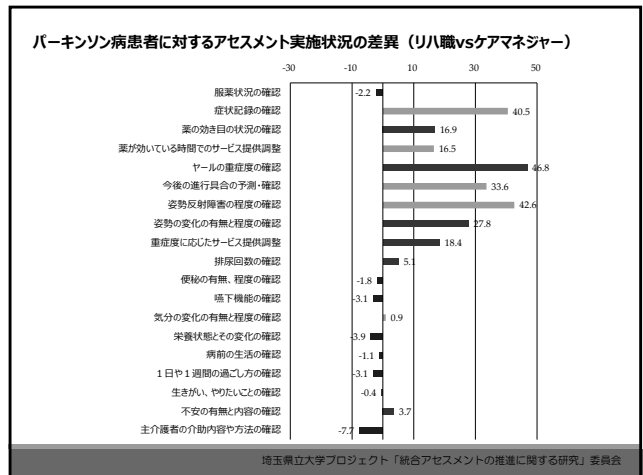
緩和ケアに特化した利用者中心の統合されたケアを創造するために、「利用者・地域の問題解決プロセス」（模擬的多職種連携演習）を通して、緩和ケアにおける「チーム形成プロセス」、および「組織や機関間・地域連携プロセス」にも意図的に目を向け、より良い緩和ケアIPWの方法やあり方を考える機会とする。

時間	内容
9:30~10:00	1) 緩和ケアIPW演習実施方法説明
10:00~10:30	2) IPW（多職種連携）の基本（講座）
10:30~10:45	3) アイスブレイク
10:45~14:30	4) 緩和ケアIPW演習 ・多職種混合チーム、模擬患者の協力 ・情報収集・整理・共有、対象者課題（問題）等の抽出・共有 ・対象者に対応した支援方針・計画（案）の検討
14:30~16:00	5) 報告会（学びの共有）・ディスカッション ・同一患者に対するプランの違い
16:00~16:30	6) リフレクション ・個人課題、チーム課題の明確化

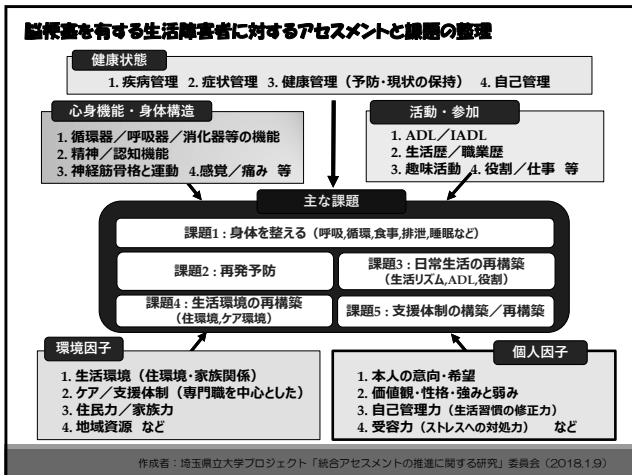
16



17



18



19

### ケアマネジャーの基礎資格

	保健師	看護師	准看護師	社会福祉士	介護福祉士	訪問介護員
2003年	3.5	30.4	7.2	6.5	32.6	12.8
2015年	0.9	9.6	3.3	11.1	59.3	3.3

出所) 厚生労働省: 障害介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 (結果 概要), 第12回介護給付費分科会, 資料11-5, p.53の作成

### 事例検討から見てきたアセスメント上の課題

- ① 再発予防などを「課題」として挙げるものを、「**具体的な指導 (自己管理を含む) は医師等 (医療職) に全面的に任せる傾向**にある
- ② 再発予防のためには「**何をしなければならぬか**」「**何の情報を収集しなければならぬか**」がイメージできていない
- ③ 医療系は医療知識がベースにあった上で、アセスメントから課題抽出へと展開できるが、福祉系の場合はベースとなる医療知識が不足し、かつ、**こうした展開方法が馴染まない**

医療知識の習得から入るのではなく、よくある**具体的な課題**を設定した上で、「何をアセスメントすべきか」⇒「なぜアセスメントすべきか」⇒「**必要な医療情報は何か**」の順に身につけてもらう必要がある。

埼玉県立大学プロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」委員会

20

### アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修

＜実践に繋がる効果的な方法での教育 (2日間: 計7時間)＞

- ・ 講義 (具体的な事例のビデオ教材活用)、演習 (グループワーク、解説等)
- 「何をみるのか」～「なぜみるのか」～「必要な医療情報・専門職との連携は何か」
- (①パーキンソン病 ②脳卒中 ③慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ④高次脳機能障害)

(例) ①パーキンソン病

1. 『歩行障害』とは
2. パーキンソン病ではなぜ歩行障害が起こりやすいのか
3. パーキンソン病ではなぜ歩行障害が問題になるのか
4. パーキンソン病の方の歩行障害に関して、何に気をつけておけばよいのか

＜ビデオ教材＞

- 歩き始め
- 最初の一步が出しにくい → すくみ足
- 小刻み歩行・目的地に近づいたとき → 転倒に至る兆候を見逃さない!

HPお申込みフォーム: <https://business.form-mailer.jp/form/25663546103391>

埼玉県立大学プロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」委員会

21

### 3) 介護実践における葛藤

- ◆ 自立支援における課題の明確化・焦点化と対応 (対策) における葛藤
  - ・ 「できなくなった」「やりたい」とする生活行為について、「何ができないのか」「どう対応するのか」等 ⇒ 機能訓練指導員 (看護師等) ・ 利用者とともに
- ◎ 訓練計画に関する手順の課題 (ツール 模索、評価困難)
- ◎ 実務上の課題 (人員、職種の違い)

介護職員も連携した取り組みが必要

図1 通所介護における機能訓練指導員が捉える個別機能訓練Ⅱの取組と課題 ( )内の数字は先ラベル数を示す。

通所介護における生活行為向上を視点とした総合的な介護マネジメントモデルの開発

埼玉県立大学プロジェクト「通所介護における生活行為の向上を視点としたマネジメントに関する研究」班

22

### 通所介護における機能訓練マネジメントプロセスの問題

表 機能訓練におけるマネジメントプロセスの課題; リハ職、リハ職以外の傾向

マネジメントプロセス	課題例	リハ職以外	リハ職
意向の確認	希望は聞き取るが具体的にない	△	△
アセスメント	評価指標がない	△	○
②工程観察	何ができて何ができないのか、問題を焦点化できない	△	○
③課題分析と課題設定	要因分析(なぜできないのか)、予後予測/見立てができない	×	○
合意	利用者は何のために自分がやるか見えていない	△	○
プランニング	課題解決に向けたプランでない、役割分担みえない	△	△
実施・モニタリング	身体機能訓練は実施、生活行為自体の訓練はできていない (心身機能に偏り)	△	△
修正・引継ぎ	実際の生活への引き継ぎがや見出しが不十分	×	△

ADLの維持又は改悪の度合いを評価 (アウトカム評価してBIを測定): ADL維持等加算1・Ⅱ (H30介護報酬改定) ⇒ 基本となる評価指標の習得

「やりたい/取り戻したい生活行為 (ニーズ) の具体化」

アセスメント・プラン力を高める必要性

23

### 通所介護研修 (生活課題解決型機能訓練マネジメント研修)

【目的】生活課題解決 (生活行為の維持・向上) 型機能訓練のアセスメント・プランについての基本的な考え方や方法論を学ぶ。

【目標】「できなくなった」「やりたい」とする生活行為について、「何ができないのか」「どう対応するのか」等、課題を焦点化し、対応する力をつける。

【構成】

＜第1部＞アセスメント力を高める

- ・ DVD事例演習
- ・ 評価演習
- ・ 要因分析・対応策見当

＜第2部＞目標設定とプログラム力を高める

【対象者】機能訓練に関わる職員

研修会教材例

DVD事例演習

評価演習

課題となる生活行為の要因分析・改善策

工程

埼玉県立大学プロジェクト「通所介護における生活行為の向上を視点としたマネジメントに関する研究」班

24

## 介護人材の確保・定着のために

- 1) 多職種連携チームメンバー内における葛藤
- 2) 多職種連携実践 (IPW) における葛藤
- 3) 介護実践における葛藤

- 医療・介護連携(チーム支援)・介護実践における  
葛藤(コンフリクト)への対応技術を身につける
- 葛藤(コンフリクト)をチームで考えられる環境整備  
(チームリフレクション)



円滑な連携協働、対象者のケア・生活の質向上

25

## (参考) IPE / IPWを学ぶために

IPWを学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携

出版社: 中央法規出版 (2009/5/1)

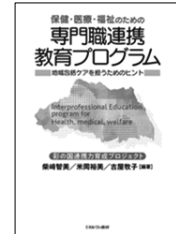
ISBN-10: 4805848685

ISBN-13: 978-4805848685

保健・医療・福祉のための 専門職  
連携教育プログラム-地域包括ケアを担  
うためのヒント

ミネルヴァ書房(2019/06/30)

ISBN 9784623085538



26

## 第2部：シンポジウム「介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて」

**講演4 「認知症施策「共生」と「予防」の実現化を目指して  
～意思疎通が困難な認知症高齢者を理解する…その方法～」**

一般社団法人認知症高齢者研究所 代表理事

羽田野 政治 氏

どうも、今日はお忙しい中、このような素晴らしいシンポジウムに参加させていただいて、ありがとうございます。認知症高齢者研究所の羽田野でございます。今日ご説明するのは、前半に伊原統括官がおっしゃっていたとおり、今後の日本は介護という問題がかなりシビアな状態になっていく、ということです。それに対し、何か一つでもわれわれが援助できることはないだろうかと思慮を絞っているわけですが、その中で特に認知症について今後どうなるかということに関してお話ししていきたいと思っております。まずは認知症の施策で「共生と予防」ということが現実化になってきたわけですが、それについてお話ししたいと思います。

「共生と予防」という言葉を最近皆さんよく聞くと思うのですが、実は、今年の6月18日に、認知症施策推進関係閣僚会議で決まった認知症施策推進大綱の基本的な考え方の中で、新オレンジプランの後継として盛り込まれた施策です。どういうことかといいますと、認知症の発症を遅らせること、それだけじゃなく今後は、発症後も希望を持って日常生活を過ごせる社会を、とにかく創ろうじゃないかと、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味の「共生」と、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせたり、認知症になっても進行を緩やかにする」という意味の「予防」として、田中理事長がよくおっしゃっている「共生と予防」、これを認知症施策に新たに入れたわけです。つまり、認知症にならないということではなくて、認知症になるための準備をしようという話なのです。さて、それを少し背景として見ていきたいと思っております。

まず、国際的な部分から、今年の9月21日に開催された、「世界アルツハイマーデー」で、「国際アルツハイマー協会」が発表した中に、2015年の段階で4,680万人のアルツハイマー病の方がいると言っているわけです。現在では75歳以上の後期高齢者の3.2秒に1人ずつが発症しているという訳です。しかも、なお増え続けているわけで、これから団塊の世代が75歳を迎えるわけですから、ますます認知症になる人がびっくりする数字で増えてくるわけです。

そして、2030年までには、世界では7,470万人になり、2050年には1億3,150万人になると試算されているのです。しかも、この数はアルツハイマー病なのです。つまり、日本の人口よりはるかに多いアルツハイマー病の方が、この世の中に出てくるということなのです。この状態は止められないのでしょうか。現在は、予防を一生懸命やっていますから、例えば、一次予防では、生活習慣病や糖尿病にならないように運動してリスクをさげたり、二次予防では、糖尿病などのリスクファクターを早期発見して、栄養療法などで早期に対処したり、いろいろ予防をやるわけですが、その結果、みんな寿命が長くなってしまいうわけですね。寿命が延びれば、ほとんどの方が認知症になってしまうということです。

ここに、厚生労働省の65歳以上の認知症患者数と有病率を比べたものがあります。2015年の段階では、だいたい7人に1人、そのくらいの方がほぼ認知症になるのではないかと言われていたのですが、2025年、およそ5年後には5人に1人が認知症になるだろうと言われていています。これは、もう止めることが出来ないわけですね。何で止められないのでしょうか。そのお話をしたいと思います。

もう一つが、今一番問題になっています介護人材についてですが、今日、先生方のデータを見て、確かにすごいなという感じはありました。ちょっと現実的に実感が湧いてくるような数字をお見せしたいと思います。

実は、2000年に介護保険が施行された当時は、一気に介護ヘルパーというような方々も含めて、介護士さんも夢を持っていたのです。熱い人たちも多かったのです。だいたい当時は1人の要介護者に9.1人くらいの65歳以下の人達がいたのです。それが、あつという間にいまや1人の要介護者に0.2人、もう1人もいないという状態になってしまうのです。これは、簡単に数字上の問題なのですが、介護者が183万人しかいないと先ほど数字が出ていました。外国人が年間6万人。これを足しても、今の認知症患者数と単純に割っても人、つまり、介護士さん1人で最低5人は見ないと、介護できないという状態になるわけです。

それについて、埼玉県の状態を私なりに調べたも

のです。少し数字が違うかもしれませんが、国税調査を参考にしたもので、2015年の段階では、埼玉県の人口が726万人となっていました。2025年には718万人になるだろう、あとは少しずつ横ばいになるという予測です。

しかし、65歳以上の高齢者は203万人いるわけで、全人口の28.27%ということですから、かなり高い水準です。そして75歳以上の後期高齢者は121万人もいるという数字が出ておりました。そのうち、先ほどの数字で5人に1人は認知症になるわけですから、簡単に計算すれば40万人の認知症患者がいるということです。これは、埼玉県だけを捉えた場合です。

そうしますと、埼玉県ではどういう対策をしているのかと気になりましたが、先ほどいいお話がいっぱいあったので、これはきっといい結果が出てくると思いました。日本医師会から2015年の施設数が発表されていましたが、埼玉県には8,799カ所の施設があり、入所者の定員は86,216人。そうしますと、単純に40万人の認知症患者の方々がいるわけですから、程度によっては入所しなくても良いわけですが、86,216人を介護施設で受入れたとしても、残りの31万人はどうなってしまおうのでしょうか、こういう話になるわけです。これはもう、在宅介護を強化しなければいけない。

また仮に、病院の病床数も加えてみたところ、おおよそ病院が62,700、これは一般病床も入れています。そうしますと、単純にそれを差し引いても24万人くらいは在宅にいるわけです。これが、この社会の中でどうやって共生していかなければならないのでしょうか。介護していかなければならないという現実があるということが大きな課題で、リアリティーのある数字だということです。

また一方、治療のほうを見てみましょう。これが9月13日、先月ですが、米国のサイエンス・マガジンに出ていたものです。これはご存知の方も多いかと思いますが、巨大製薬会社が、相次いで認知症全部治療薬の創薬や治験をやめてしまいました。おおよそ2017年の段階までに、146の薬剤効果が全部開発中止になっております。もちろんこれは、アミロイドベータというタンパク質があまりにも長い期間に渡って脳に蓄積されてしまうことで、なかなかそれに対処することが難しいということです。決して科学者が怠けているわけではありません。

しかし、幾つかの創薬の研究は試験段階に入ってきていますが、アルツハイマー病の治療薬や治療法というのは、今後20年間は、できないだろうと言われております。なおかつ、副作用も考えれば更に20年から40年はまだまだ薬に頼ることはできないだろうということです。おおよそ2060年くらいまで、私達が認知症になったとしても治す手段として、薬物療法

的には無いということです。つまり、認知症は介護に委ねられてしまうということになるわけです。

さて、もう一方、内閣府の調査で、全国のグループホーム223カ所にお話を伺ってみましたら、面白い結果が出たのです。実は「介護に要する時間は」を見てみますと、食事・入浴・排せつ・おむつの交換等、こういうような定期的な対応は、1日のうち2.25時間しかないのです。そして、掃除、洗濯等、間接的な介護である随時対応を合わせても平均5時間くらいしかないのです。

もう一方、見守りを要する時間を見てみると、ものすごい時間を使って見守っていることが分かります。もちろん、共同生活を通して見守りながら介護するグループホームですから、食事をしながらでも散歩に行きながらでも見守ることもあるでしょうが、夜間の見守りがやっぱり多いということです。こういうのを合わせると、約58%が見守りしている時間というわけです。

そこでこの見守りを、センサーや人工知能を使って、人間の見守りと同じような見守りを機械にやらせようということ。これを機械知と言いますが、私達人間が経験則などから見守れることを人間知と言います。それを機械が行えば機械知ということになります。これで、機械知が人間知を補完して介護を行えば、介護負担は軽減できないだろうかと、考えて始めたものを紹介します。

今回は、総務省さまより助成を頂きまして、独自の情報処理システムを開発しました。認知症対応型IoTサービスです。そして、認知症対応型IoTサービスの情報処理システムは、適切なケアの導出、いわゆるレコメンド、推奨まで行うので、介護の効率化ができるのかどうかをチェックいたしました。

もう一つが、IoTデバイスというセンサーとスマートフォンをタップしたり、または音声で介護の記録を入力することでデータ化し、ビッグデータを収集しました。また、ビッグデータからAI、人工知能を使ってデータ解析と統合を行って、最適な対応方法をレコメンド、推奨するわけです。また、これをAIによってBPSDと言われる行動・心理症状の予防予知までを行い、介護負担の軽減と人材不足の解消ができるのではないのだろうかということを行ったのです。それについて、今日はお話していきたいと思えます。

まず、認知症対応型IoTシステムの情報処理システムには見守りのために必要な5つのセンシングの領域があります。センサーの話ではなくて、どのようにセンサーを使ったかということのお話です。一つはADLを管理していきます。もう一つはBPSDの有無を見ていきます。そして、各種センサーによって、介護記録から生活に焦点を当て生活障害を見ていくの

です。それ以外にも、動態センサーで運動能力を見ていたり、睡眠や介護の記録から概日リズムや介護のニーズを捉えていきます。このように生活障害から、中核症状やBPSDの有無など、5つの領域でセンシングしたわけです。どうように行ったのかを見ていただきます。

まず最初に、スマートフォンなどアプリで介護データを収集し、同時にIoTセンサーで情報を取っていくわけです。それぞれのセンサーで心拍数や呼吸数、温度や湿度、気圧、そして睡眠状態を収集していったわけです。それぞれ収集したデータを、認知症のBPSDの発症予測をするために、各データごとに評価指数のパラメーションを作っていくわけです。

<映像開始>

A：BPSDの発症時の過去データを検索し、対象者の行動やバイタルの状態、その直前の行動、スタッフの行動、さらには温度や湿度といった環境要素などを抽出して、各要素の相関性を求めています。BPSD発症につながった過去データの状態とリアルタイムの情報や介護記録等を比較し、早発性の高い状態が現れた時、人工知能はBPSDの情報と判断します。同時に、介護ニーズを推論して適切なケアプランをケアスタッフに提案します。

<映像終了>

そして、各種パラメータをチェックして、RNNの深層学習により調整して、BPSD発症の予知の有無を判断していくのです。基本的にBPSDの発生時に関連する項目の係数を積算した予測ロジックを計算して判断を行います。ロジックが1より出た場合にはBPSDが発症する予知となります。また、1より低ければBPSDは発症はしないというように数値を得ていったわけです。これが標準的パラメータ指標になったということです。そして次の段階では、介護の記録を対話方式により会話のまま入力して、他のデータと統合し分析することで、ケアの方法論をレコメンドするという方法を行いました。

<映像開始>

A：気がかりなことは何ですか。

B：徘徊（はいかい）について。

A：その他の記録がありますか。

B：いいえ。

A：介護記録を登録しますか。

B：はい。

A：記録を終了します。ケアガイドで不明な単語があれば、その単語を一つ入力してください。当てもなく歩き回っている時は、挨拶を交わしてみましょう。症状に変化があるときは、「どうされましたか」などと声掛けをして、傾聴する姿勢を示してください。変化がない時は無理に徘徊を止めず、しばらく見守りながら、ほど良いよいところでもう一度声を

掛けてください。ウロウロしている方を無視したり、軽蔑しないようにします。不安や心配事をたずねるように話し掛けてみましょう。

<映像終了>

このようにAIは対話型チャットボットによって、状況を判断しながら適切なケアをレコメンドしていくわけです。

次は、介護の記録を自動化するというお話です。先ほど、スマートフォンをタップするというのは、なかなか高齢者は難しいという話がありましたが、現在では、実際にタップすることではなくて、しゃべるだけで記録していくという形が出来上がってきているのです。まずは、AIで介護記録から得られた言語を形態素解析という自然言語解析で解析していきます。名詞や助詞、それから動詞等の会話構成を解析していくわけです。

次に、日本語は「が」とか「に」とか「を」などのような、名詞によって役割を表すということが多いのです。例えば、「連れていく」という動作に対して「動作主は何か」「その対象は何か」「場所は」といった述語に対する意味的な関係を人工知能は誘導しながら傾向を確認していきます。

最終的に、例えば「私がAさんを食堂に連れていきます」という言葉に関しては、主体が「私」、対象は「Aさん」、場所は「食堂」、このようにして名詞と述語の関係を解析する、述語構造解析を行っていくということになります。そして「私」が「Aさん」を「食堂」に「連れていく」の4つの部分に分け、前の3つの文体が「連れていく」に関わっているかということでAIは理解していくというわけです。

また、認知症の方は「あれ」「これ」「それ」というような「こそあど言葉」が多いということにも、非常にAIはシビアに反応します。こういうものに関しては除外していくという話になるわけです。そして、常同語も同等です。同じような言葉を言ったり繰り返したり、そのようなものに関しては反復を避けていくというようなことで抽出していくわけです。

そして、AIで認知症ケアを行うということは、会話を文章に自動的に書き起こしてデータ化を行うことで症状が把握できるようになるのです。こういう話になるわけです。ちょっと見ていただきます。「私は、あそこで、あの有名な料理をつくりました」という文章を、まず分析を試みましょう。この文章を形態素でそれぞれに品詞に分けていきます。そして、品詞を活用して、それぞれの品詞を数字に変えていきます。数式に変えれば計算ができるようになってくる、このようにAIは会話を数字で読み取っていくことになるわけです。

それに伴って、生活支援記録法という記録法を用いて、自動的SubjectiveやObjectiveなど、介護した

内容や声掛け等F-SOAIで評価して、記録法に沿って分けていくのです。つまり、叙史的な記録を、一つ一つ項目ごとに分けて記録していく、これを自動化していくのです。つまり、普通にAIと会話していただければ、それが介護の記録になるということです。実際にできているものは、このようにして介護の記録に記載されるという話です。

もう一つが、自然言語解析では、実際に発語された単語と同じ発音をするが、いろいろな意味を持つものがあるわけです。また、このような言葉が数多くあります。

脳の障害により認知症の人が気持ちを明らかにすることは大変難しいのですが、自分の意思をいつまでも伝え続けられれば、介護者は積極的に介護が出来、認知症の予防、もしくは認知症になったとしても自立や自己決定ができるようになるわけです。同様に、日常生活での生活能力を介護者が代行するのではなくて、本人が自らそれを伝えることで、介護者の無駄な介入が無くなり、ADLを保っていくような状態をつくり上げることが出来るのではないかと思います。それが人工知能AIなのです。

そのために、AIは認知症の人の心を補完していくために、介護者に自分の気持ちを伝える、意図解析を使命としているのです。これは、介護者の実践を通じた経験則に似ているものとも言えます。ただし、AIは過去の出来事やケア方法を忘れることが無いのです。その経験則による感性や知性は、想像力にも似た推論としてAIは学習していくのです。その一つが意図解析です。意図解析で認知症の人の意思を伝えるには、語義曖昧性を解消しなくてはなりません。AIでは、自動処理をする際に、その厄介な状態を述語の構造解析を行って、単語とその関連に分析して、意味を理解しようということです。ここにあるのは、親子の会話です。その内面の気持ち、意図を数値化したものです。数値化された意図が、このように解析されていきます。会話の中には、その人の意図や、内面の気持ちが描かれているということです。これをその他のIoTのセンサーと合わせることによって、その人の身体的な問題や、動きから運動能力等も理解しやすくなるのです。

最後に、それをまとめた今後の、AIを使ったケアをお見せして終わりたいと思います。

<映像開始>

A：ユキ、おはよう。

B：おはよう。今日の予定は？

A：今日は、8時半から11時まで勤務予定、午後はオペの予定、明日は夜勤です。今日は、1日快晴です。渋滞は今のところないので、8時に出発しましょう。

A：この先、事故渋滞。右折して迂回（うかい）しましょう。

B：了解。

A：ここから時速50キロで走ると、ずっと青信号、シフトアップしていきましょう。

B：OK。

A：認証エリアに入ります。認証されました。院内モードに変更します。

B：あれ、サイトウさん、どうしてこんなところにいるのだろう。この30分の動き見せて。

A：了解です。<警告音>260号室のサトウさん、心電図異常血圧低下。

B：サトウさん、大丈夫ですか。イトウ先生すぐ呼んで。

A：分かりました。西側のエレベータ待機中。

B：了解。あ、サイトウさん、探さなきゃ。

A：師長が、病室にお連れしました。

B：良かった。

<映像終了>

今の映像は、近未来的なお話ではなくて、この1～2年後のお話です。スマート介護施設やスマートホーム、またはスマート病院等々が、今後世の中に出てきます。その段階が始まってきたということで、お話を終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。



埼玉県立大学20周年記念 研究開発センターシンポジウム2019

Senior Dementia Institute

## 介護人材の確保・育成と需給ギャップ解消に向けて

意思疎通が困難な認知症高齢者を理解する…その方法

### 認知症施策「共生」と「予防」の実現化を目指して

認知症や重度な要介護状態になっても  
住み慣れた地域で自分らしく最期まで生活したい！  
その希望を叶え、支え続けることが出来るよう…  
医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される基盤サービス

認知症高齢者研究所  
羽田野政治

1

Senior Dementia Institute

## 共生と予防

- ▶令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議にて2015年策定の「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）の後継に当たるものとして、普及啓発、医療、ケア、介護サービス、認知症バリアフリー、研究開発などの分野で取り組む施策として、主要業績評価指標や目標を定めた。
- ▶認知症の発症を遅らせることだけでなく発症後も希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指すことにした。
- ▶上記から「共生」と「予防」を認知症施策に据えた。
- ▶認知症を「だれもがなりうるもの」とし、「共生」とは、尊厳を持って認知症と共に生きる・認知症があってもなくても同じ社会で生きようという意味。

2

Senior Dementia Institute

国際アルツハイマー病協会（ADI）は、9月21日の「世界アルツハイマーデー」で、世界の認知症人口は、2015年で4,680万人、現在では3.2秒に1人が発症している状態

2015年 4,680万人  
2050年 1億3,150万人

2030年までに7,470万人に増加し、2050年までに1億3,150万人に増加すると予測している。

3

Senior Dementia Institute

厚生労働省「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」日本の65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると…

2015年  
2025年

2015年は認知症患者数が525万人と、65歳以上の高齢者の7人に1人であったが2025年には約730万人、5人に1人になると見込まれている

4

Senior Dementia Institute

### 今後の介護人材の見通しについて

年	認知症1人に対して介護者
2000年	9.1人
2010年	2.4人
2015年	1.2人
2020年	0.2人

【出典】2019年認知症疾患看護職における介護専門職有資格者の比率検討：認知症高齢者研究所調査

日本では2000年当時は認知症1人に対して介護人材は9.1人、2010年は2.4人、2015年は1.2人、そして、2020年には0.2人となる。

5

Senior Dementia Institute

### 埼玉県の認知症介護状況

【出典】JMAP 地域医療情報システム <http://jmap.jp/cties/detail/pre/11>

- ▶2015年の国勢調査によれば、埼玉県の人口は7,26万人で2025年の段階では人口は7,18万人に減少となる。
- ▶しかし65歳以上の高齢者は203万人、高齢化率28.27%、そのうち医療・介護の必要性がより高まる75歳以上後期高齢者は121万人になり、前期高齢者人口を逆転すると予測されている。
- ▶そのうち5人に1人は認知症とすると、40万人と推定できる。
- ▶一方、2015年の埼玉県の介護施設数の合計は8,799ヶ所、入所定員数（入所型と特定施設合わせて）86,216人と報告されている。
- ▶上記から、認知症患者数推定40万人を考えても、施設介護を受けられる人数は86,216人であり、認知症患者の31万人は在宅介護を余儀なくされることになる。
- ▶仮に埼玉県全病院病床数62,709床（一般病床含）を含めても認知症患者の24万7千人は在宅介護が必要となる。

6



Senior Dementia Institute

「連れて行く」という出来事に対して前の3つの文節が情報を付け足すという構造になっている傾向から、生活支援記録法のObjectiveやFocusやAssessmentに分けて記入することが出来るので介護の中で当たり前話している通常の会話や叙述的に書かれた介護記録も生活支援記録法のF-SOAPIの項目毎に記録することが可能となってきているのです。これは、介護記録に時間を有していた介護職の業務軽減や多職種連携に役立つだけでなく、一日の時間をどう使うのかを把握することで「今ある力」を用いて日常的なレベルをある程度保つようにPlanに盛り込むことも可能になります。

叙述形式による記録		項目形式による記録	
日付	支援経過	日付	支援経過
1/22	「朝から何となく身体がだるい夜も寝苦しかった」と言われる食欲は普通だが表情が乏しい風邪をひいたのかもしれないが判断できない 体温は36.0℃でいつもと変わらない。車いすでの買い物は、本人も乗り気ではなく中止とした主治医に診察してもらった方がよいのではないかと勧めた	1/22	S：朝から何となく身体がだるい夜も寝苦しかった O：食欲は普通だが表情が乏しい体温36.0℃ A：風邪をひいたのかもしれないが判断できない 体温はいつもと変わらない I：①車いすでの買い物の意向を確認したところ、本人は乗り気ではなく中止とした ②主治医の診断を勧めた P：サービス提供責任者に報告する

言語解析で介護記録が自動化される

13

Senior Dementia Institute

- ▶ 自然言語解析では実際に表現された単語とその意味が「1対多」の場合が数多くある。
- ▶ 認知症の人の気持ちを明らかにするためには、自分の意志をいつまでも伝え続けることでもある。
- ▶ 失った日常生活上の生活能力を介護者が代行するのではなく、本人の意志のもと保たれている機能を活用して、できる範囲内で日常生活を自分で営めるようにする。
- ▶ そのためAIは認知症の人の「心」を補完して介護者に伝える意図解析を使命としている。
- ▶ そこで、認知症の人の意志を伝えるため、語義曖昧性を解消しなくてはなりません。「同じ言葉で複数の意味を表現できる」「比喻や言い換えなど、豊富な言語表現が可能になる」といった利点は日本語にはあるものの、AIで自動処理する際は非常に厄介なので、そこで述語項構造解析といって他の単語との関連によって、意味を絞り込む解析を行う。

会 話		内面の気持（意図解析）	
母	おはよう・・・早く起きなさい、もう7時よ!	母	7時→起きていない→不安→指示...
自分	まだ、7時じゃない	自分	7時→余裕がある→安心→拒否...
母	いつまで寝ているの・・・遅れるわよ!	母	反応がない→心配→再度指示...
自分	ご飯食べていくの!	自分	健康状態確認→不安→声掛け...
自分	もう、間に合わないから	自分	時間が足りない→不安→行動症状...
母	しっかり、ご飯食べて買わないと体調すわよ!	母	反応あり→安堵→身体が心配→指示...
自分	大丈夫、コンビニで買うから	自分	余裕がない→回避→自律...
母	コンビニねえ!忘れ物、無いようにね!	母	事実がつかめない→不安→声掛け...
自分	うるさいなあ・・・わかってるよ!	自分	反応→拒否...
母	今日は、何時に帰ってくるの・・・?	母	状況がつかめない→不安→声掛け...
自分	遅くなる	自分	反応→対応...
母	毎晩、毎晩、遅いけど、早く帰ってきなさいよ!	母	状況がつかめない→心配...

14

Senior Dementia Institute

埼玉県立大学20周年記念 研究開発センターシンポジウム2019

## 介護人材の確保・育成と需給ギャップ 解消に向けて

意思疎通が困難な認知症高齢者を理解する...その方法

### 認知症施策「共生」と「予防」の実現化を目指して

ご清聴ありがとうございました。

認知症高齢者研究所  
羽田野政治

15

## 第2部：パネルディスカッション

座長 田中 滋  
 金子 直史氏  
 山田 尋志氏  
 田口 孝行氏  
 羽田野 政治氏

**司会：** それでは、パネルディスカッションを始めさせていただきます。ここからは、パネルディスカッションの座長であります、田中滋が担当いたします。 それでは、よろしくお祈いします。

**田中：** では、今から30分少々残っています。それぞれの素晴らしいお話の中身をちょっとずつ拾っていてもよいのですが、それよりもあまり触れられなかったテーマを取り上げて伺うことにします。まず外国人介護労働についてお聞きします。

介護人材不足に対応する第一の手立ては、生産性向上です。2番目は介護職の処遇改善と社会的地位の向上でしょう。重要度からみて外国人労働問題は3番目。ただし、この分野の一部の方々から、外国人材をどうすべきか、あるいはどうなっていくのだろうなどの質問を聞く機会が珍しくありません。このテーマについて、それぞれの立場から、外国人材の扱いをどういうふうに理解すべきかご発言ください。「実は大したことない問題だ」という答えでも構いませんし、「いや、こういう課題があるかもしれない」とのご指摘でも結構です。特に方向は絞りませんので、好きなように話していただきたい。金子さん、お祈いいたします。

**金子：** 外国人ですけれども、行政の立場としては、非常に難しいと思っております。と申すのは、施設の方にお話を聞いても、それぞれ「絶対必要だ」という施設もありますし、「いや、必要ない」という施設もあります。ただ、介護労働安定センターの調査は、昨年よりも今年のほうが、外国人の受け入れ意向の数値がちょっと下がっている。これは、恐らく技能実習生を念頭に置いていた施設が、ここに来て特定技能が加わって、どういう対応を取っていいのかよく分からないという話を聞いています。

ですので、私どもの今のスタンスは、外国人を受け入れたいという施設については支援をします。今年度は、外国人の方に対して施設が日本語の支援をすとか、生活費の支援をすとか、そういった補助制度を立ち上げたところです。

あと、行政として、どこまで手を伸ばしていいのかというのも難しいところです。技能実習制度の監理団体、特定技能で来た方の登録支援団体などは民間の団体が絡んできますので、行政がどこまで手を出していいかという点で悩んでいる部分もございます。今後、どのように県が関わっていくのかというところは、適宜施設の方と話し合いをしていきたいと思っております。

**田中：** ありがとうございます。山田さん、お祈いします。

**山田：** 外国の介護人材の方について受け入れることについて、基本的に優秀な人材が入ってきていただくことについては歓迎したいと考えています。ただ、今現在、EPA、技能実習、在留資格、特定技能という、4つの仕組みがあるんです。EPAだけが、公的な仕組みがしっかりと支えていて安心なんです、その人数の割り振りが決まっていますので、ほとんど人数的に人材不足に対応するものではないです。

残る3つは、やはり国によってあっせんする業者さんのあっせん料の上限を定めている国が3つ、上限がない国が2つ、あっせん料の徴収を認めない国が幾つかあると聞きますけれども、やはり、相当借金を背負ってお越しになるケースが多く、かなりの課題がある状況ではある。そういう部分について、受入側の管理団体、あるいは送り出し団体の適切な仕事をきちんとマッチングすることとは大変難しい状況で、うまくいっていないケースが本当に後を絶たない状況です。ですから、介護人材を受け入れる仕組みの課題があまりにも多いということです。その部分を、ある程度公的な仕組みをとりれることが検討課題ではないかと考えています。

受け入れる施設の課題です。私どものリガールでは、フィリピンからこの10月に6人お越しいただきました。そういう方たちを受け入れたということ、各法人が地域にきちんと周知して、一緒に安心な暮らしを実現していこうということ、あるいは宗教の問題、教会がどこにあるのか分から

ない、あるいは食材の問題で、買い物するところがなくて困るとか、そういう生活支援の問題などを、グループで共有し解決していこうなどと議論し始めています。そういう受け入れ側の生活支援といった問題も考えて、丁寧にやっていかないと、いい意味での人材の確保に繋がらないだろうと思っています。

**田中：**ありがとうございます。実際に取り組んでいらした立場から、問題点を的確に把握してご説明いただきました。ありがとうございます。田口教授、お願いします。

**田口：**私の教育という立場で考えますと、外国人の介護人材を単なる介護労働者というような位置付けで雇うのか、介護専門職としてチームの一員として機能させるような人材を目指すのかということによると思います。

単なる支援、介護をしてもらうというだけではなく、チームの一員として支援（介護）する人材ということであれば、外国人と日本人ではやはり文化の違いとかもあるかと思しますので、外国人の介護労働者としての教育が必要であろうかと思えます。また、受け入れ側につきましても、そのような外国人労働者（支援者）を受け入れるためのチームとしての教育ということが研修も含めて必要にならうと思えます。今後のチーム活動において、やはり外国人労働者（支援者）も含めて「お互いから学ぶ、お互いに学び合う」というような研修が必要ではないかと思えます。以上です。

**田中：**ありがとうございます。外国から来た人だけではなくて、チームとして迎える側も研修等を経ていると浮いてしまう、そこは大事ですね。ありがとうございます。外国の方は言語が違うわけですから、将来は言語問題についてAIを活用できるようになるかもしれません。羽田野さん、いかがですか。

**羽田野：**確におっしゃるとおりです。言語を使ったコミュニケーションは、人類学的に最も古くて最も重要な手段です。と言っても、例えば、地理的に違った言葉をしゃべるわけで、それがグローバルになれば、当然そこには、いろんな言語のやりとりが起こってくるわけです。AIには、かなりしっかりした言語辞書ができていて、今後こういうコミュニケーションの問題が出てきたとしても、言語的なコミュニケーションに関しては、自動翻訳機能などにより問題なくなると思えます。

むしろ制度的なところでお話すると、日本に来たいのだけれども、日本は移民体制が非常に難しい国だと海外でよく聞きます。移民という言葉は、われわれにとってみればあまり馴染みがない

のですが、日本に憧れている彼らは日本語を勉強して、日本での永住を目指して日本にやって来るのです。彼らは初めは日本で働けるように労働ビザをもらい、日本語を学ぶというような勢いがあるのですが、なかなかその壁が高いようです。

むしろ、日本に来ると、もちろん今先生がおっしゃるように、技術を学ぶというより労働力になってしまうのです。日本の素晴らしいおもてなしの介護、認知症や高齢者介護に関しては世界でトップだと思います。そういうものを外国人の方々に教えることによって、その方々の国も、今後まさに日本と同様に認知症介護が増えるわけですから役立つはずですが、つまり、技術が学べるような状態にするべきですが、どうしても介護職不足のため、運用的な問題になると、労働者になってしまうようです。むしろ外国人雇用の制度のところをもう少し技術を学べるような環境にしないと、なかなか外国人の方が来てくれるという、希望的観測は遠いのではないのでしょうか。これは現実的なお話です。

それから、ここ数年、中国がものすごい勢いで認知症の方が増えてきています。そうしますと、アジアの人たちは日本と中国のどちらかを選ぶようになると思うのです。今までは、アジアの人たちは日本に憧れ、日本の優れた技術を学びたいと思っていたわけですが、徐々に中国に行ってしまうでしょう。中国の人たちにとっても、高齢者の増加や認知症問題に加え、一人っ子政策もあり介護人材が足りなくなるので、アジアの人たちをどんどん好条件で雇用してしまうと、本当に日本に来る人たちがいなくなってしまうかもしれません。

これは私の考えですが、AI等の自動翻訳機も使えるようになるのですから、日本の先端的な介護の技術をきちんと学べるような仕組み、それがまず、この人材確保と外国人の雇用に関しては、大事になってくるのではないかと思います。

**田中：**ありがとうございます。だいたい皆さん一致していらっしゃるように、日本の労働力不足を外国人で埋める発想は、ある意味で無理筋だとまとめられます。もし一定期間、一定程度外国から介護従事者が来たとしても、これからは国際競争で他の国と競争しなくてはならない。特に英語ができるフィリピン人はカナダやオーストラリア、香港との間で獲得競争になります。加えて、東アジアの国々もこれから急速に高齢化してきます。

とはいえ、アジアの若者が来日して数年間日本の現場で従事し、優れた介護技術、あるいは看護、さらには地域包括ケアシステムを学び、帰って自分の国に貢献することが主目的と割り切れれば、出

身国の高齢者ケア人材幹部候補に選ばれる将来は大変好ましい姿です。これなら、皆さん賛成だと思います。ただし、今日の副題である我が国介護人材の不足問題に対する解決策とは全然違うので、むしろ日本の国際貢献策、アジアの国々と仲良くするための施策として、位置づけられるのではないのでしょうか。ありがとうございます。

2番目の課題に移ります。今日は、主に介護の話をしてきましたが、介護と医療は切り離せません。医療と介護の連携をどう進展させるか。日本の急性期医療病床では、相変わらず拘束を行い、ADLを低下させているのではないかとの批判を口にされる慢性期側の声を耳にします。そこで、医療と介護の関係について、皆さん発言をお願いします。

**金子:**医療と介護のところは、連携の要というのは、やはりケアマネかなと思っています。私の課でもケアマネの研修などをやらせていただいております。医師会、ケアマネから見ますと、医療関係者の方の壁が高いといいますが、お互いさまという部分はあるかもしれませんが、そういう意識があるかもしれません。

ただ、埼玉県は在宅医療連携拠点というのを30カ所つくっていて、そこでは連携が進んでいますので、随分良くなったなと思うのですが、研修などをやると、まだそういう話が出ています。ですので、私どもの課としても、今は医師会さんと連携した研修などをやっております。やはりケアマネがどうしても要となると思いますので、引き続き多職種連携による研修会など医介連携を図っていきたくと思います。

**田中:**医療・介護と福祉の連携は多くの場合まだ難しく、福祉側から見れば、急性期病院の若い医師は、高齢者の在宅生活に対する想像ができていない。ありがとうございます。山田さん、お願いします。

**山田:**介護保険制度が始まる年度の、京都府医師会のシンポジウムで福祉関係者は私だけでしたが、コーディネーターの医師会会長から「山田さんに聞きたいが、なぜ福祉の人は医者嫌うんですか」という質問を受けたことがあります。その時説明したのが、いわばキュアとケアの仕組みの違いではないかという話をさせていただきました。完治を目指す急性期医療のヒエラルキー、要するに、一番上にドクター、その指示の共にコメディカルスタッフ、その下に患者がいる、患者さんは短期間の完治を望むので、安静にしないで、飲酒はダメなどの指示管理を受け入れています。

ところが、ケアの場合は、今のヒエラルキーで言うと、一番頂点に個々の生活をする方がおられて、それを医療、介護などの専門職と、さらに隣

人、家族など非専門職が対等な関係で個々の暮らしを支える、そういう下から支えるところに、上から管理する価値観を持ち込まれると混乱するんですという、そういうキュアの仕組みをこちらに持ち込むのを拒むのであり、ドクターを嫌うということではありません、とりわけ急性期医療に関して大変敬意をはらっているというお話をしました。

そういう意味では、京都の看護協会から、京都地域密着型サービス事業所協議会に対して、病棟看護師さんの小規模多機能型居宅介護事業所での研修依頼がありました。毎年30名程度が研修されるというのを繰り返されて、報告書を読みますと、やはり病棟における看護師さん、特に認知症の方に対する思いは、180度変わったというレポートが多くよせられていました。認知症高齢者、それもひとり暮らしの高齢者が病棟ではなく地域で暮らすことができる、やはり病棟で認知症の方と向き合う自分たちに課題があったことが分かったというようなレポートを読みました。

そういう意味では、キュアという場面で訓練されてきた医療スタッフの皆さん方と、高齢者の地域での暮らしの継続をささえている介護福祉士などケアに従事する専門職とが、時間がかかっても、暮らしを支えるこれからの専門職の在り方を生み出す文化が、日本にも根付くようになると、そんなふうに感じています。

**田中:**ありがとうございます。医療と介護は隣り合っているけれども、目的が違う。急性期医療と末期医療もそう。急性期医療の現場、救急救命とか臓器別の疾病を治す医療は、生活から切り離された場所で行われます。患者が高度な医療を受ける効果と、退院後の生活課題は違います。次に、本学IPWの責任者としても、ご自身の専門であるリハビリテーションこそ、医療と介護と両方に関わるかと思うのですが、どうぞ意見をお願いします。

**田口:**私個人は理学療法士、リハビリの専門職です。病院と介護の連携というところで言いますと、先ほど埼玉県内で30の連携拠点があるという話がありました。その中で、同職種であっても、病院、老人保健施設、老人福祉施設でどういう取り組みをしているのか分かっていないというところが多々あります。それは、私はたまたま医療職ですが、そこに限らず他の職種でもこのようなことがあるのではないかと考えています。同職種であってもそういうような状態であれば、やはり違う職種だとなおさら知らないのではないかとと思います。

当然のことながら、急性期や回復期など、それぞれで必ず求められている使命があって、求められている内容も違うので、そこを中心にせざるを

得ないとは思いますが。でも、病院も地域に括られる一つですので、もう少し病院の方でも、この患者さんは次にどうなるのかというプロセスを分かかってほしいという気はしています。

以前の勉強会の中での話であります、病院が終わったところで、「ケアマネさん、お願いね」ということで渡される。「渡される」という言い方はごめんなさい、ちょっと不適切ではありますが、引き継がれることが結構あるというような話を聞いております。「お願いね」と言われても、どうするんだということですので、次のプロセスも推測して、もう少しその中にどういう医療的な処置などが必要だとか、気をつけなければいけないことだとかの引き継ぎは大事だと思います。やはり、お互いにどういうことをやっているのか、どういうことをやってきたのか、どういうふうに説明したら分かってもらえるのかということが大事であって、お互いの仕事内容を分かっているということが最大の問題ではないかというふうにも思えます。

やはり、そういった部分もお互いに学び合うという姿勢や態度をもって、チャンス（機会）をつくる必要があるのではないかと思います。忙しくてそんな機会を取る時間がないという話をよく聞くのですが、何とかしてそういう時間、チャンス（機会）をつくる必要があるのではないかと思います。先ほども話に出ました他専門職の「壁が高い」という意識についても、やはりお互いを知らないからというようなことが原因の中心ではないかと思います。そういう根本的な教育なり研修なりというところが必要ではないかと思えます。

**田中：**ありがとうございます。そのとおりですね。進んでいる地域を観察すると、異なった職種の人たちが一緒に勉強会、それもかなり工夫をした勉強会を行っておられる。座学ではなく、例えばワークショップで職種の役割を変えたりして、学び合おうとなさっておられます。事例検討にあたり、医師会長が看護師の役を受け持ち、看護師がケアマネの役を務めるなどの工夫で、違う立場を理解していく。

もう一つは、優れた急性期病院では入院の初期段階から退院支援のチームが在宅側と連携する仕組みができています。一方、全くそのような仕組みが準備されておらず、急に、「ケアマネさん、お願い」と退院の日か前日に病院側から言われるのでは、全然違いますよね。続いて羽田野さん、お願いします。

**羽田野：**現場で少し医療チームの方々とお話しすることが結構あるのですが、その時感ることが一

つあります。在宅医療の先生や看護師の人たちが頑張っているのですが、その在宅医療の先生たちも、だいぶ在宅でも重度化した認知症の人がみられるようになってきたといっていますし、むしろほとんど認知症の無い人はいないようで、在宅医療が、かなりつらくなってきたといえます。

在宅医療の先生方がいうには、今までは、比較的在宅ではセルフケアの方が多いのですが、最近では、認知症に対する知識がないと治療するのが難しいようです。今までは、認知症の専門医の先生方と勉強するというような形で知識を付けて、在宅診療を進めていたのですがけれども、なかなか認知症ケアは思ったようにできず、拒否される状態も見られるようで、まさに認知症の人の在宅医療はIPWで介護士さんと連携するとか、医師としても介護士のように認知症ケアの出来る専門性が重要だといえます。

だから、例えば、臨床に対して少しお話をさせていただくと、皆さんも85歳になれば二人に一人は認知症になる時代で、もはや認知症は誰もが成りうる病でもあるのです。どのみち認知症になるのであれば、出来るだけ自分のやってほしいこと、やってほしくないことなどを今のうちにメモしておくことが大切です。それを知っている医師や看護師にケアされるのと、知らないでケアされるのでは、大きな違いがあるのです。しかし残念ながら、今は本人のニーズが反映されているケアは殆ど見られません。同じように、ほとんどの認知症の方の意志を理解してケアしている介護士もいないのが現実です。認知症になってしまうと、そういうニーズや意志が的確に表現できなくなっているのです。やっぱり、医療職介護職は主観的なケアの傾向になってしまいがちです。だから、そういう問題をきちんと相手の立場に立って提案して、それに合わせて専門的な想像力を働かせて医療行為をやるということが重要になると思うのです。

いい例が、在宅で暮らす認知症の人は、施設で入居している人に比べ、日常生活動作を失うことのスピードが遅くなるといわれています。なるべく住み慣れた家に住むことは、時間や空間や状況のつながりが保てるので、不安が軽減されるのでやっぱりいいなと思えるだけで、BPSDも緩和されるのです。本人がいて、家族がいて、そこによく理解してくれている介護士さんがいて、その周りに訪問医や訪問看護師などの医療職がいることで、認知症の人に接する機会の多い介護者との関わりが増えることで、情報を共有するというような流れが出来ると思うのです。

ですから、医療に対しては、確かに具合が悪く



なったり、異常行動が起こると何が何でも病院に連れて行ったり、在宅医にすぐに電話するなどの医療がいまだに続いています。とにかく病院に連れて行って死なせない介護をするのではなくて、やっぱり安心して、その人の言動を理解してくれるような専門的な想像力を働かせてくれるような医療、介護スタッフにケアしてもらいたいですね。

**田中：**ありがとうございます。病院医ではなく在宅医の中での、専門的な連携の在り方が大切ですね。2040年には、在宅での医療が、外来医療、入院医療と並ぶ3つ目の柱になっているでしょう。なお認知症対応は残る課題です。

時間が限られています。ここは大学ですので、残念ながら授業時間の関係で、会場の学生が始まりのころより減ってしまいましたが、若者に対するメッセージを最後に言っていただきます。地域課題を理解し、尊厳あるケアができるような若者を教育することが本学の使命です。後で皆さんのお言葉は私と田口先生で伝えますので、若者への期待を言っていただけないでしょうか。本学だけではなくて、日本全体の若者にも、お願いします。

**金子：**期待していることなんです、とにかく現場をぜひ見ていただきたいと思います。私が施設のほうに訪問した時に、必ず思うのは、本当に人が人を助けている、介護している姿、輝いているんですね。本当にどこの施設へ行っても、皆さんが笑顔で「こんにちは」「おはようございます」と、本当に明るく仕事をしているんです。

基本的に、やはり介護をやっている方々は人に優しい。人が好きなんだろうと思います。ですので、そういった方々が集って仕事をしている職場というのは、やはり素晴らしい職場ではないかと。ぜひ一回現場に行ってみていただければ、その素晴らしさが分かります。

この前施設に行った時に聞いたんですが、学生さんは就職するときに、介護という選択肢もあるらしいんですね。ただ、学校の先生とか親が、「いや、介護はきついから、やめておいたほうがいいんじゃないの」と、そういうふうにして、親とか就職担当の先生が順位を下げているという実態があると。これは少し何とかしなければいけないと思います。

また面白い話も聞きました。やはり就職をしようとして、施設に見に来た、体験をしに来た方が、親御さんと一緒に来て、その親御さんがその施設を気に入って、そこに就職したという例があります。親と体験の職場ツアーなんかをやると、非常にいいんじゃないかと思いました。

とにかく、ぜひ一度介護の現場に足を運んで、その実態を見ていただければと思います。以上です。

**田中：**星の付いた職場を見ると、高校の先生も連れていきたいですね。ありがとうございます。山田さん、お願いします。

**山田：**これからは、家族が傍にいないことを前提とした仕組みは成り立たない時代がやってくるのではないかとされています。それから、地域の支え合いも大変脆弱化している。ですから、いわばそんなときに認知症を含めて、いろんな障害や困難に直面したときに、誰が尊厳ある人生を支え、実現するのだろうか、それに対して、私はやはり介護専門職、福祉専門職の役割はなくてはならない仕事になっていく、成熟社会にとって、どうしても欠かせない職業になっていくというのは、もう間違いないと考えています。

そういう意味では、若い方たちが目ざすには、まだまだ養成の仕組み、社会の評価、全てにわたって、なかなか厳しい現状であることは事実です。しかし、20年後、40年後に向けて、社会全体が介護・福祉専門職を高度な専門職として医師・看護師などのように、しっかりとした専門性と報酬を含めた社会的な評価に向かわざるを得ないと思います。その養成の仕組みなど、できる限り早い段階で大きくかじを切ってほしいし、先ほど申し上げたように、やっぱり大学院を設けるなどにより若い研究者、指導者群養成に対してどんどん予算を投入していただきたい。今年3月の地域包括ケア研究会報告書にもこのことは書いていただいています。そういう制度の仕組みも、夢のある方向に進むんじゃないかと確信しています。ある介護施設経営者が、介護職は10年経過すると目指すものがなくなるという話をされていました。医師・看護師のキャリアデザイン、例えば整形の先生であれば、整形の学会で学び一定の専門医としての認証を獲得するなどの仕組みがあります。看護にも認定・専門などのキャリアを進めていく仕組みがあります。福祉・介護にもそのような仕組みをつくっていくことが必要です。

最後は経営の課題です。介護の専門性、福祉の専門性について、おそらくこれからは、地域での暮らしを実現できる関係性や新たな地域資源をつくっていくことが中心的な課題になると考えています。そのためには、それぞれの住民の生活圏域で伴走できるために、地域の身近なところにサービス拠点をつくっていくことが経営者に求められます。そこで初めて、働く専門職にとり創造的な仕事が可能になる、そのように考えています。地域に密着した複合型の拠点づくりを考えて



いくことが経営者の責任かと考えています。

**田中**：ありがとうございます。しばしばこの件は、現場の話か、飛んで国や県の政策の話になってしまいがちです。実はその間に経営者という存在があって、その役割がいかに重大かをご指摘していただいて、大変助かりました。田口教授、お願いします。

**田口**：私は大学で学生教育に関わっていてよく感じるのは、学生はマニュアルを求めたがるということです。専門技術のマニュアル的なことを教えてほしいというような感じのことをよく耳にするわけです。医療現場において、やはり命に関わるところ、例えばリスク管理マニュアルといったものはあるかと思いますが、生活を対象とした場合には、これはマニュアルというよりは、やはり考えて行動できるということを身に付けなくてはいけないのではないかと思います。ですので、私は授業では、教科書はマニュアルではなく、考える際のガイド、方針的なものだと学生には言っております。

対象とする人々の生活に関わる場合は、マニュアル的な専門ではなく、創造的な専門を自分で開発または探るような姿勢や態度をもってほしいと常々思っています。そのためにはやはり、「こうした方が良いのではないか」「ああした方が良いのではないか」ということを発想できる、または試そうとする積極的な意欲・思考が必要ではないかと思います。

一方、卒業生から話を聞きますと、現場では「こうあるべき」「そうあるべき」「こうするべき」「そうするべき」というふうなことを言われるのだそうです。確かに、そうしないと危ない、危険であるということはあるかと思いますが、しかし、若い人たちに「こうしたらどうか」「ああしたらどうか」というようなことを試させるような、試してもらえるようなチャンスや環境を与えられるような受け入れ側の心構えも必要ではないかと思えます。

ですので、若い人たちは「こうした方が良いのではないか」「そうした方が良いのではないか」という創造力と行動力を持ち、受け入れ側としては「こうあるべきだ」というふうに決めつけず、やらせてみるというチャンス（機会）を与えるようなことが必要ではないかと思っています。以上です。

**田中**：ありがとうございます。本当ですね。学生のほうが最新の技術や理論を知っていて、現場の関係者は20年前のことしか知らないケースはよくある話なので、大変重要な指摘でした。最後になりましたが、羽田野さん、お願いします。

**羽田野**：私が若者に言いたいのは、介護現場でお年寄りや、認知症の高齢者と接するだけでも、充分、楽しみを覚えられるということです。若いころは、接し方が分からず知識もなかったもので、どうしたらよいのだろうと不安や恐れがあったのを覚えています。その頃は、認知症に対して思い込みが強かったと思います。でも、学んでいく事で、自分が穏やかに接すれば、認知症の人も落ち着いてくれることに気づいた時は、正直、専門性を感じました。逆に今は、関わり方にルーチンらしきものがあって、感動が少ないのじゃないですか、見ていてそう思います。だから、何か関わりでうまくやったときに、褒めてあげるといのは、やっぱり上司に必要だろうし、上司の務めだと思ふのですよね。

大事なことは、今まさに皆さんの実践を通した経験則として関わってきた時代背景から学んだ、知識を学習させた介護専門の人工知能のお話を今日したわけですが、恐らくここ1~2年で、若い皆さんは当たり前のようにこのシステムを使っているかもしれません。当たり前のように、多職種の一員として人工知能に耳を傾けているかもしれませんね。もう既に皆さんのポケットやカバンの中には携帯が入っていると思います。その携帯では、正しい接し方や認知症の特徴や、いろんな状況での正しい介護の在り方を教えてくれると思います。

そのように、人工知能に順応してもらえるのは、やはり若い人じゃないかなと思います。これは、実際に私が体験しているから分かります。人工知能をつくるときの学習データや教師データをつくる時に、医療や介護の専門スタッフはかなりいるのです。20名の介護のベテランスタッフから、7~8名のケアマネが関わりますが、それを新たな発想と創造力を持ってスマートなケアに落とし込むというのは、やっぱり若い人たちです。

ゲーム世代でやってきた人たちが、ゲームの感覚で介護の新しいサービス提供をつくってしまう。これが実は、私達を救ってくれる一つの知性でもある。彼らに、いつも何をやっているかと聞くと、AKBのコンサートなんかには、連絡取りあって何が何でも行くのですよ。そういう若い人たちは、お年寄りに対してもすぐく礼儀正しくて、尊厳を持ってアプローチするのです。その想いの中には、きっと若い人たちのAKBへの関わり方と似た関わり方が介護の中にあるのかもしれませんがね。だから、そういうところをもうちょっと、きちんと引き出してあげたら、きっと高齢者や認知症の人への無条件の愛や微笑みや感謝の気持ちなど、若い感性が、今後の先端的なシステムケア

に受け継がれていくように思っています。

田中：ありがとうございました。150年超の歴史がある近代医学に比べると、介護分野の成立はせいぜい20年か30年前からです。1990年ごろ、今でいう要介護者の家庭に役場が措置した従事者の多くは、ほとんど家政婦派遣所に属していたと言われていいます。それが専門職になっていった変化は、本当にここ20年なのでまだ新しく、これからも若者の力でどんどん変えられますので、それを期待いたしましょう。

先ほども触れましたが、介護人材の不足を解決する方法は、第一が生産性向上です。第二が処遇の改善と社会的地位向上、最後に外国人材の順だといつも主張しています。

そこで2番目をめぐる政策対応について触れておきます。この10月から、介護福祉士として10年介護現場で働いてこられた方の月あたり報酬を8万円上げることができる介護報酬の純増が行われます。ベテランの年収を一気に96万円上げるための計算を行い、その合計額に見合った報酬増が介護給付費分科会で決められました。年間2,000億円にあたります。介護保険財政の負担割合は決まっているので、うち国の政府が500億円支出します。この財政厳しき折に。介護経営者は、資本費用などに流用してはいけません。山田さんのポケットには入りません（笑い）。働く人にだけ。

ただし、介護従事者のうち、ベテランの介護職だけに行くと、まだ勤続の短い介護職、あるいは他の職種から不満が出るかもしれないので、半分までは他の従事者に回してもいい。介護事業所に勤める、ベテランではない介護職、あるいは看護師や療法士、調理師などに分けてもよい。介護福祉士10年の方に半分給付すると、4万円月収が上がります。また少なくとも1人は年収440万円の報酬にしなければなりません。夫婦それぞれが年収440万円となれば、他の対人サービス業より良い水準と言えるでしょう。そうした画期的な政策が動き出します。

そうした進展もお伝えし、また4人それぞれ言っていたいただいた若者への期待を含めて、このシンポジウムを終わります。会場の皆さんも、最後までありがとうございました。これで、大学側としての本日の使命も果たせたのではないかと自負します。4人の先生方に深く感謝いたします。

# 2020年度の活動計画





## 2020年度の活動計画

### 1. プロジェクト研究の推進

- 1) 継続する4件のプロジェクトを実施する。
- 2) 継続中および終了したプロジェクトの成果を埼玉県関係部署などに広報する意見交換会を開催する。
- 3) プロジェクトの外部研究費応募を支援する。

### 2. 国・県・市町村と連携した活動

- 1) 「研究開発センターシンポジウム2020」を開催する。
- 2) プロジェクトで取り組んだ研究成果も一部に反映した「地域包括ケア推進セミナー」を定期開催する。
- 3) 受託事業の実施および新規事業獲得に向けた相談活動を展開する。
- 4) 「地域包括ケアを推進するためのネットワーク会議」に協力する。

### 3. 学内研究活動の支援

- 1) 学内研究費（奨励研究費）の公募型研究枠組みの見直し
- 2) 外部研究費の獲得に向けた活動
  - ・公募情報をタイムリーに提供する。
  - ・2021年度文部科学省科学研究費の申請に関する説明会と相談会を開催する。
- 3) 研究支援ゼミナールの定期開催を継続する（2回/月）。
- 4) 「研究推進セミナー」を開催する（2回/年）。
- 5) 研究環境の整備
  - ・間接経費にて配置した備品類を計画的に更新する。
  - ・公私立動物施設協議会の基準に照らした動物実験環境を整理する。

## 表紙デザイン

表紙制作者 酒井道久（埼玉県立大学名誉教授）

埼玉県立大学を象徴する校舎の大きなガラス張りをモチーフにしました。立ち位置を変えて異なる見方ができるように、そしてガラスに反射する光のように、様々な角度からアプローチすることで新しい発想を得ることが研究につながることをイメージしました。

埼玉県立大学研究開発センター

Saitama Prefectural University Annual Report of the Research and Development Center

2020年3月31日発行 Vol.4

---

発行 埼玉県立大学研究開発センター

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820

TEL : 048-973-4362

FAX : 048-973-4362

E-mail : Research\_c@spu.ac.jp

制作・印刷 中央プリント株式会社

〒345-0024 埼玉県北葛飾郡杉戸町堤根 3947-2

TEL : 0480-32-0045 (代表)

FAX : 0480-34-3325

---