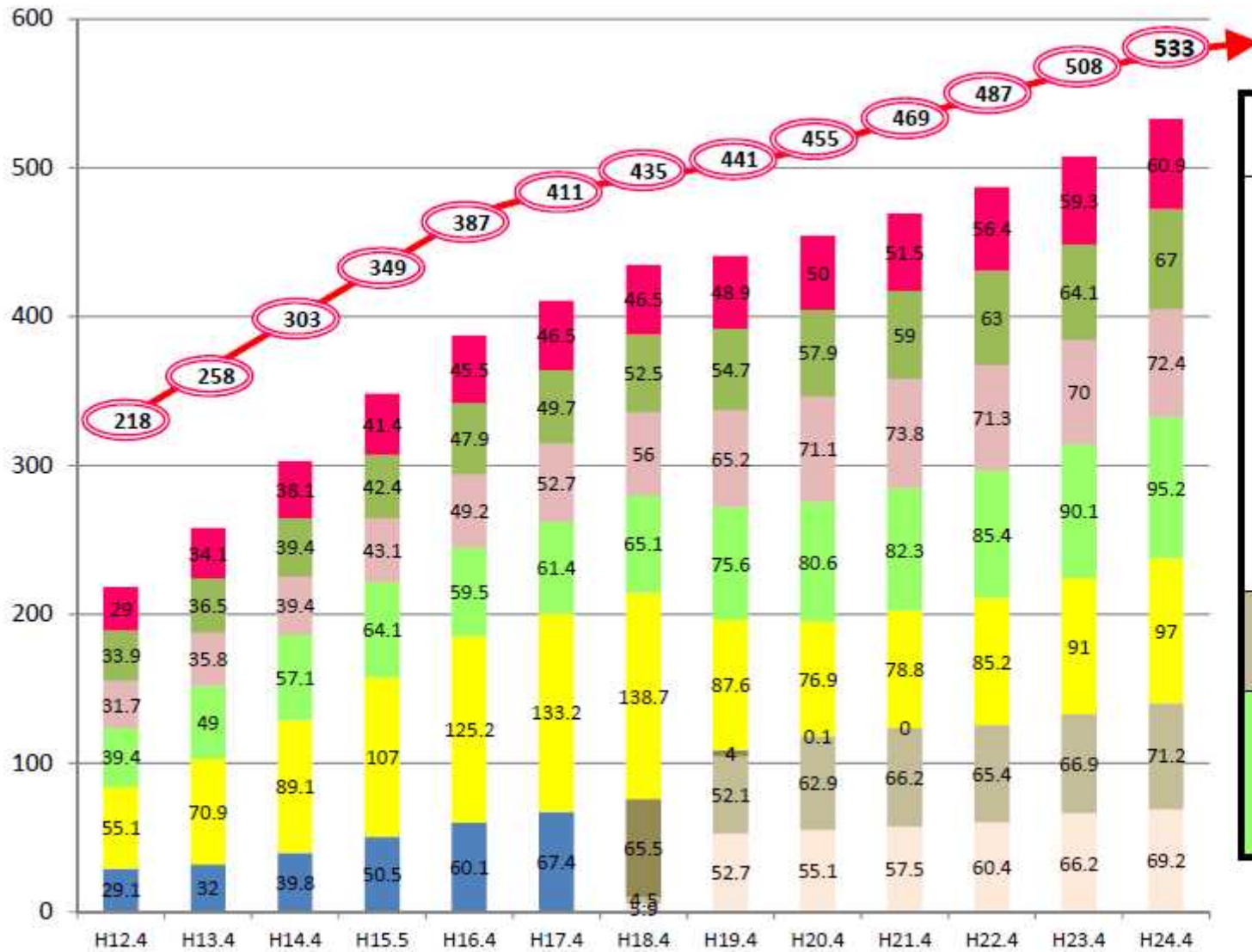


介護労働の専門性を どのように評価するのか？

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

(単位:万人)



計		2.44倍
要介護	5	2.10倍
	4	1.98倍
	3	2.28倍
	2	2.42倍
	1	2.82倍
経過的要介護		
要支援	2	2.82倍
	1	

H12.4とH24.4の比較

(出典:介護保険事業状況報告 月報)

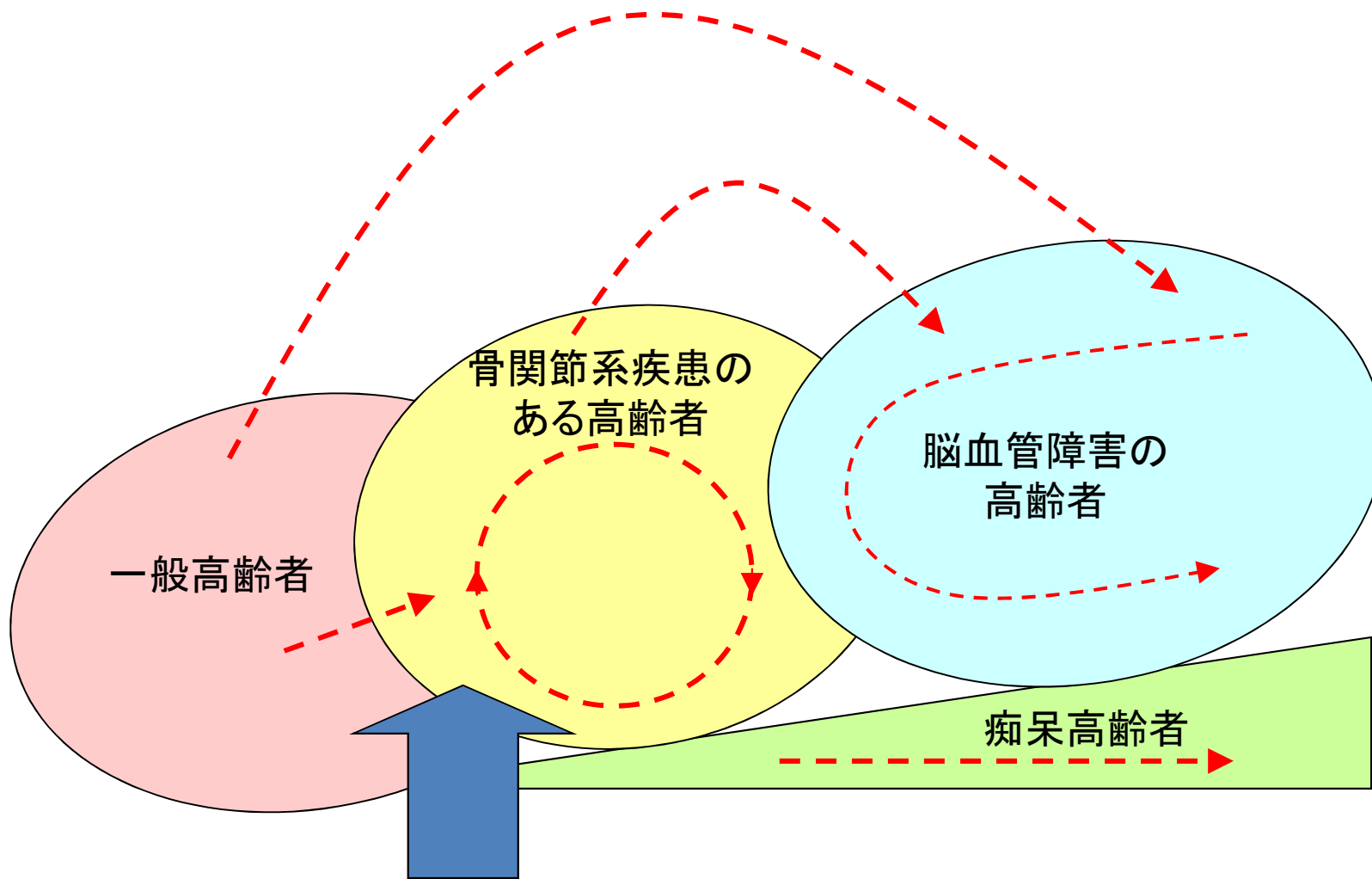
主治医意見書からみた対象者の特性

主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の認知症	血管性及び詳細不明の認知症
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の認知症	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患	高血圧性疾患
施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	血管性及び詳細不明の認知症	脳梗塞	脳梗塞
2位	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の認知症	脳梗塞	血管性及び詳細不明の認知症	血管性及び詳細不明の認知症
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

出典：北九州市(2002)

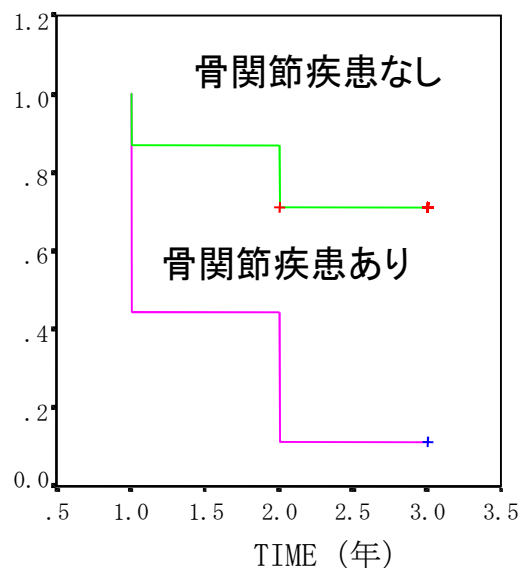
要介護高齢者を構成する三大グループ



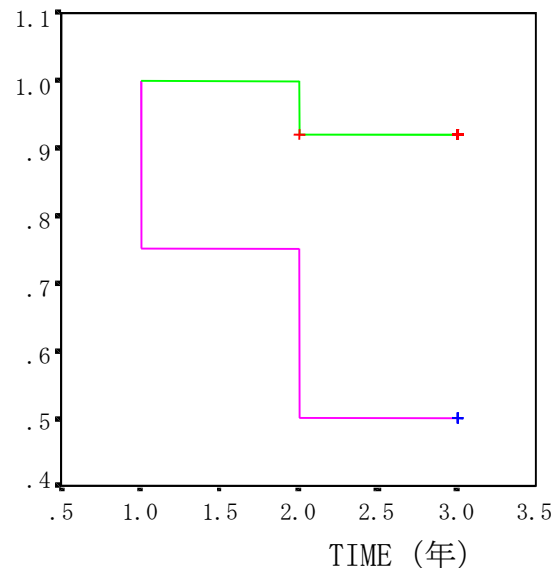
介護予防の最重要ターゲット

軽度の移動障害を放っておくと悪化する

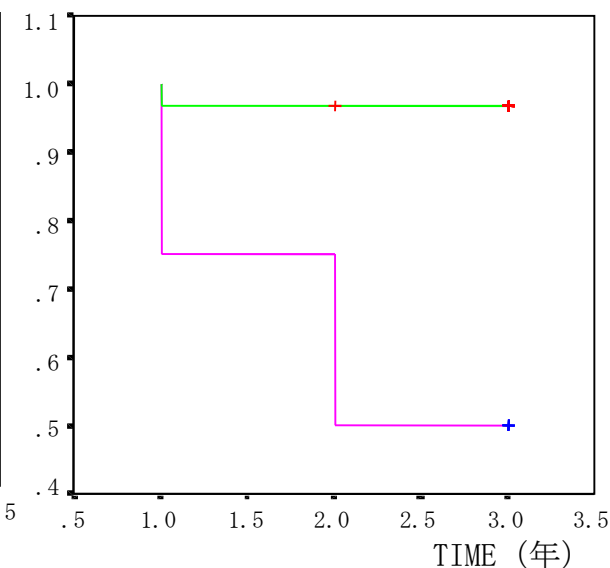
移動の自立度の変化



排泄の自立度の変化



精神の自立度の変化



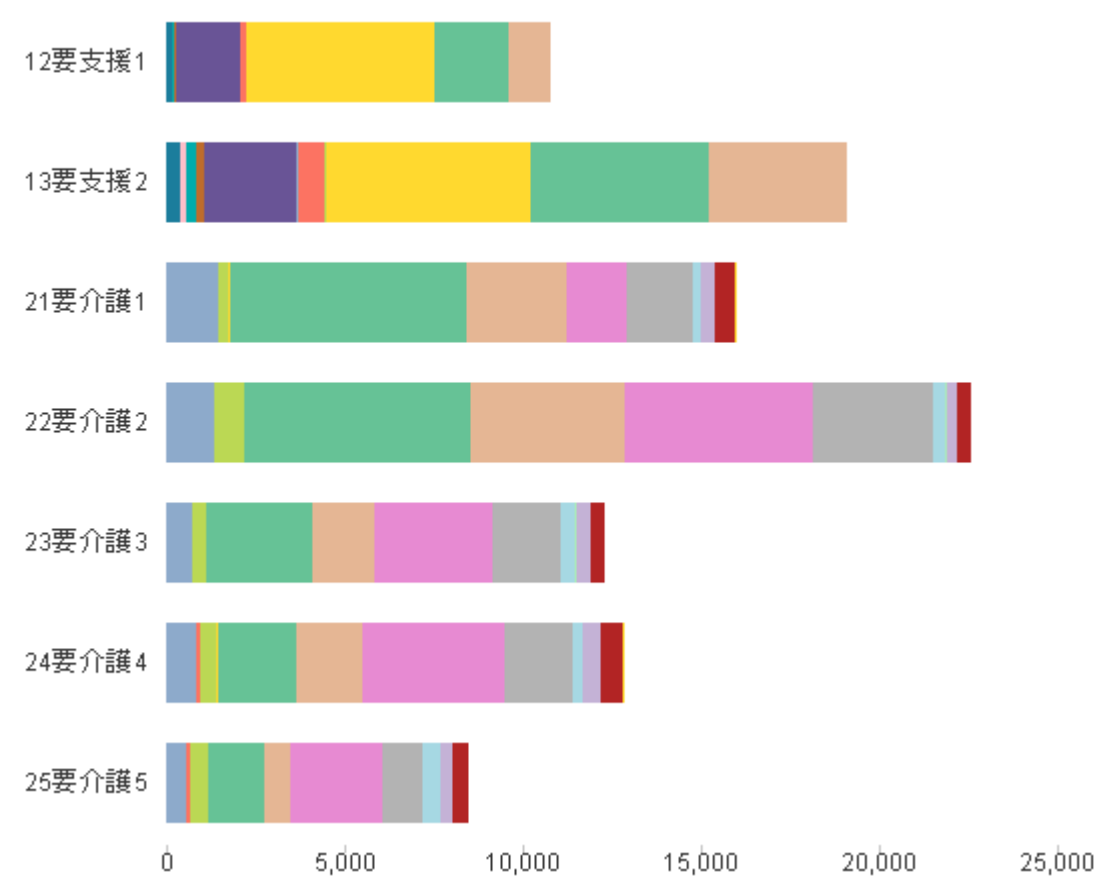
虚弱老人の自立度の経時的分析結果

虚弱高齢者の自立度を3年間追跡調査した。
骨関節疾患があって歩行障害がある人は、無い人に比べて移動、
移動、排泄、精神の自立度が低下しやすい。いずれも統計学的にも
有意の低下を認めた(Log rank 検定; $p < 0.01$)

居宅要介護高齢者の 要介護度別サービス利用数

利用件数

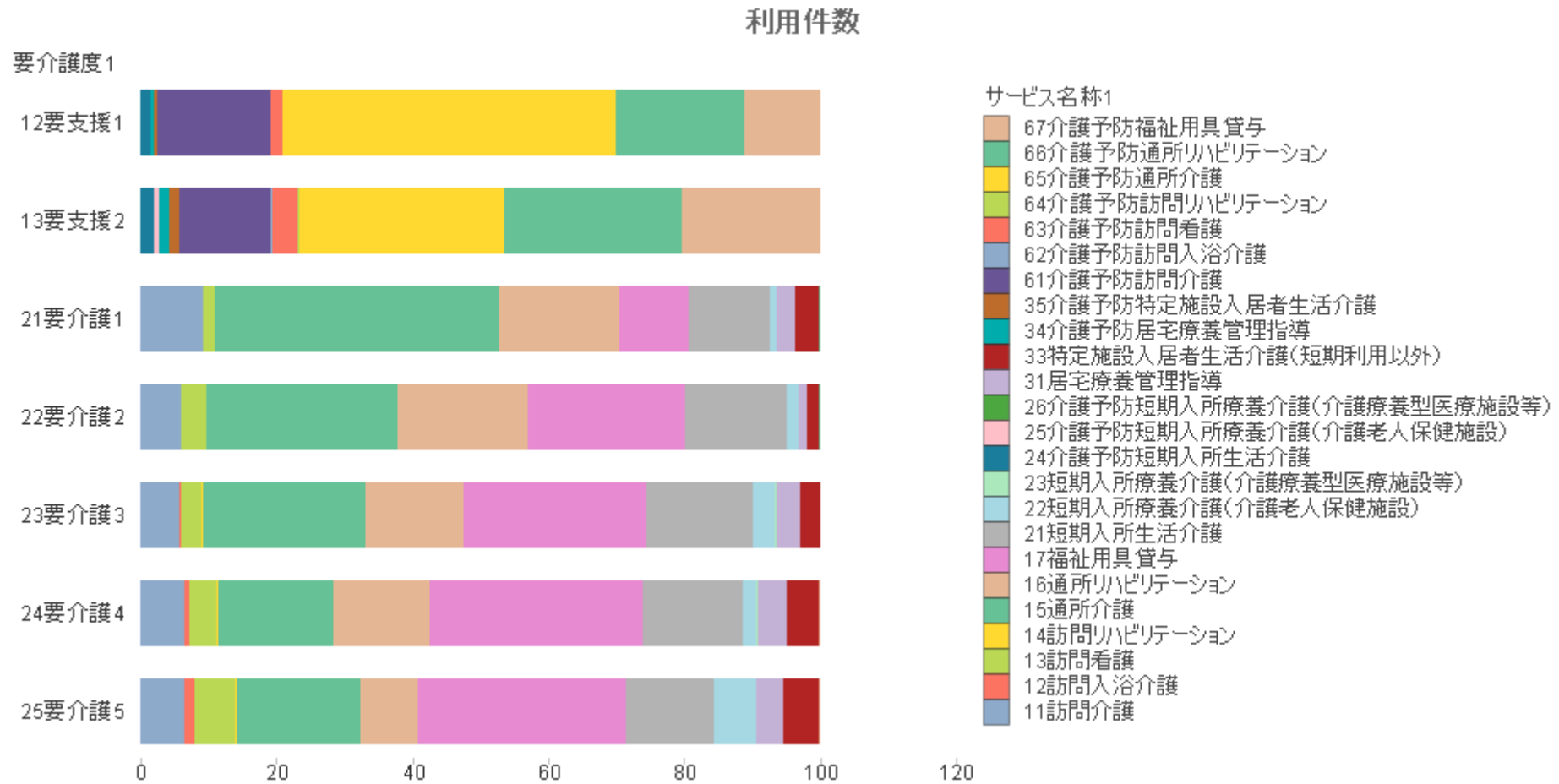
要介護度1



サービス名称1

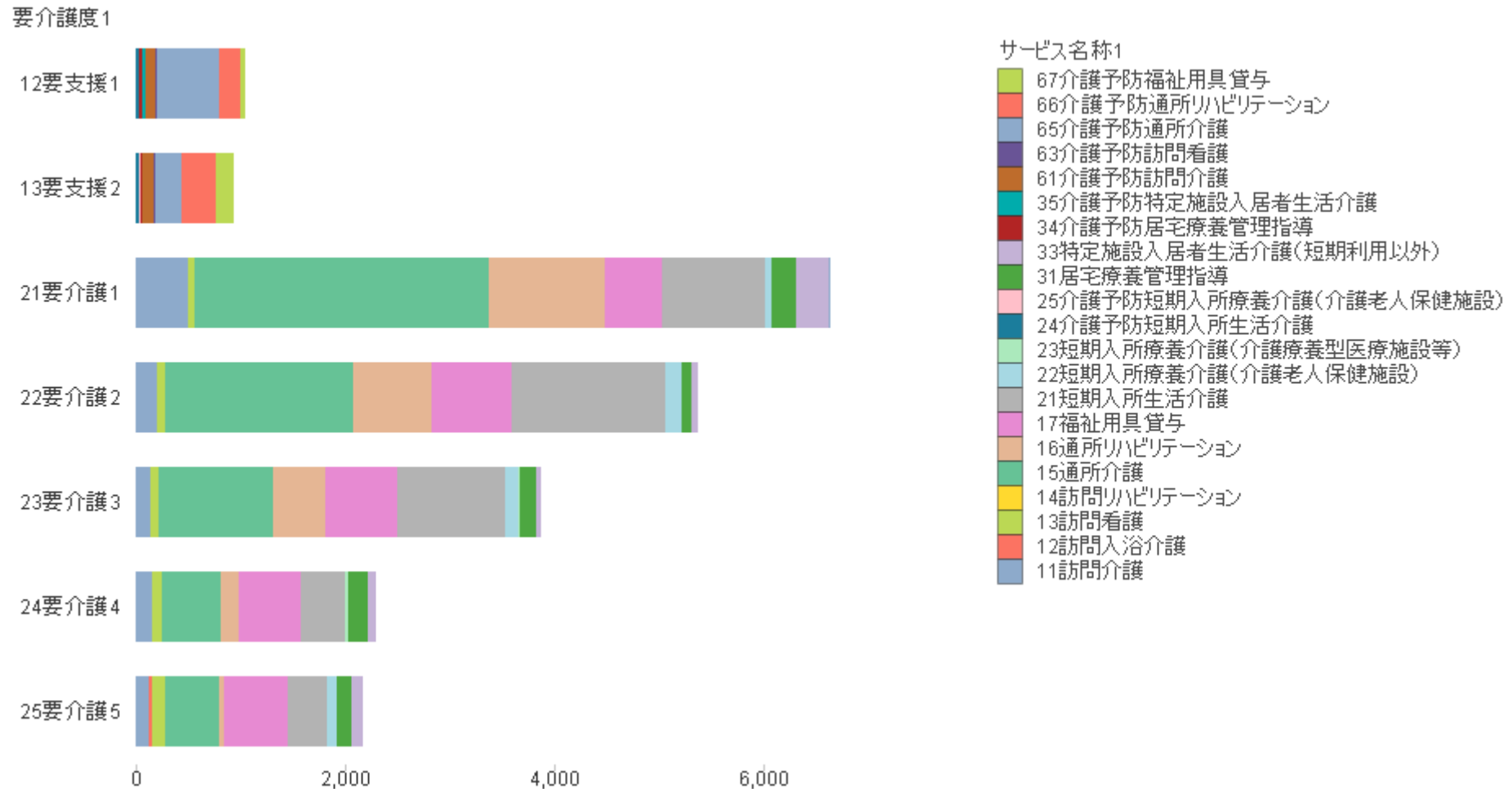
- 67介護予防福祉用具貸与
- 66介護予防通所リハビリテーション
- 65介護予防通所介護
- 64介護予防訪問リハビリテーション
- 63介護予防訪問看護
- 62介護予防訪問入浴介護
- 61介護予防訪問介護
- 35介護予防特定施設入居者生活介護
- 34介護予防居宅療養管理指導
- 33特定施設入居者生活介護(短期利用以外)
- 31居宅療養管理指導
- 26介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)
- 25介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)
- 24介護予防短期入所生活介護
- 23短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)
- 22短期入所療養介護(介護老人保健施設)
- 21短期入所生活介護
- 17福祉用具貸与
- 16通所リハビリテーション
- 15通所介護
- 14訪問リハビリテーション
- 13訪問看護
- 12訪問入浴介護
- 11訪問介護

居宅要介護高齢者の 要介護度別サービス利用数(%)



居宅要介護高齢者(認知症有)の 要介護度別サービス利用数

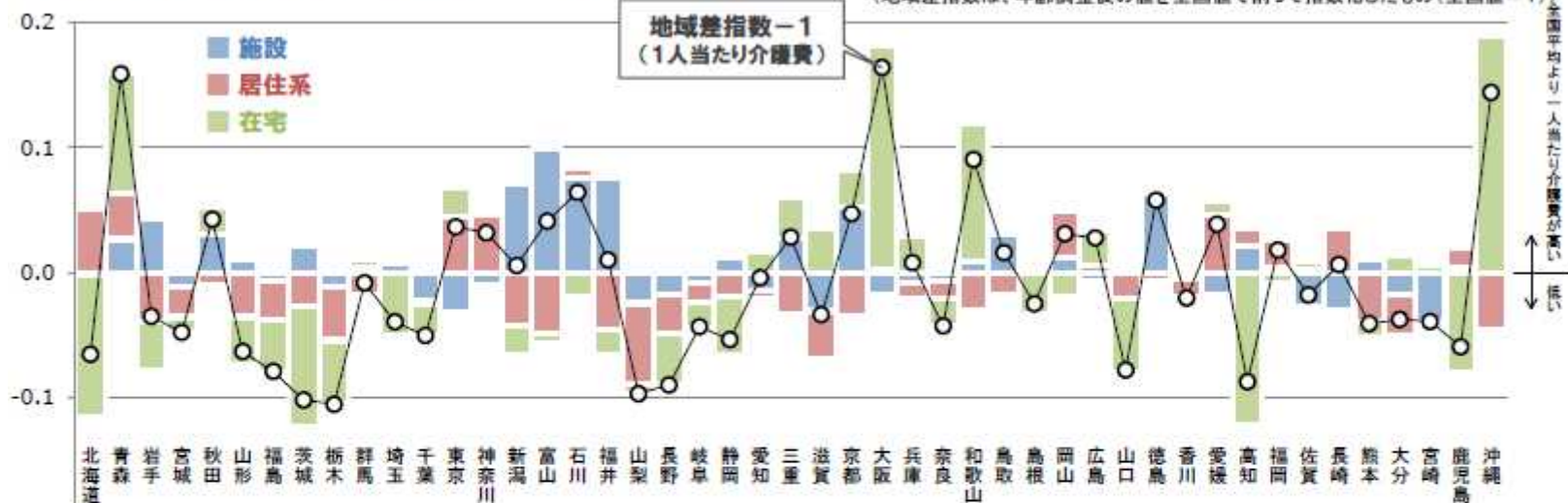
利用件数



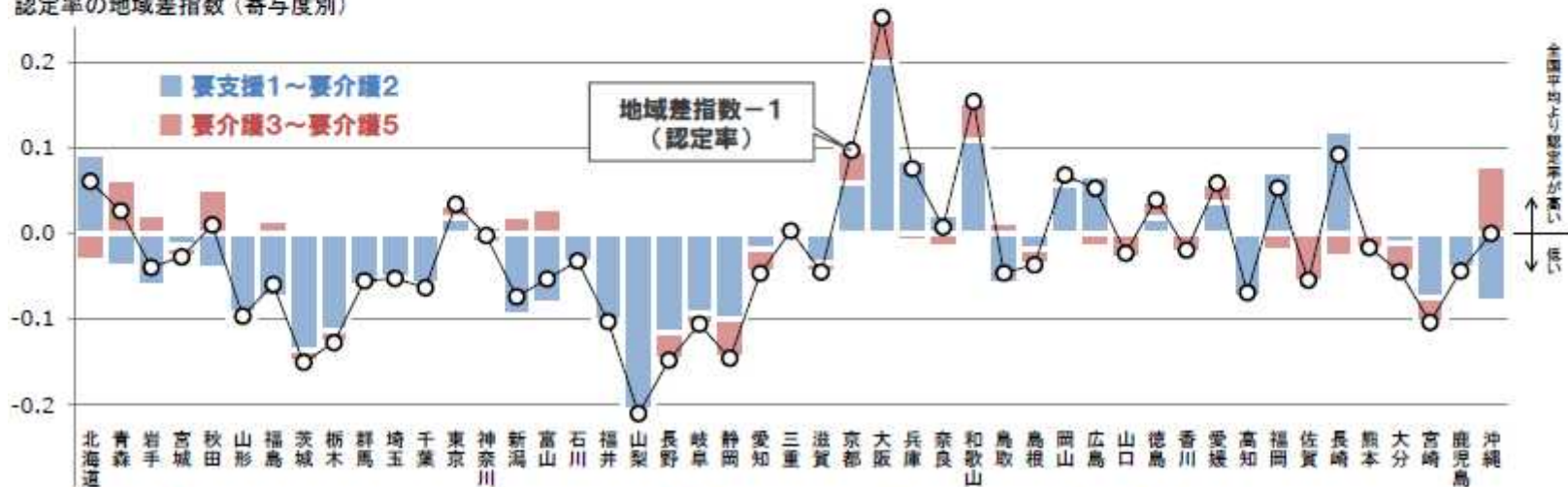
都道府県別地域差指数(寄与度別)

1人当たり介護費の地域差指数(施設・居住系・在宅の寄与度別)

※地域差指数の全国平均からの乖離(地域差指数-1)を寄与度に分解したもの
(地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの(全国値=1))



認定率の地域差指数(寄与度別)



【出典等】「介護保険総合データベース」(厚生労働省)、「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(総務省)を基に集計・推計した。平成26年度。

要介護度の悪化に関連する要因の検討

対象: 福岡県内の要介護1高齢者4891人.

	Coefficient	SE	OR	p-value
性	-0.077	0.144	0.926	0.595
年齢階級	0.025	0.080	1.025	0.753
独居	0.097	0.136	1.102	0.474
ケアプランの質	-0.213	0.047	0.808	0.000
認知症	1.100	0.155	3.006	0.000
その他の精神疾患	0.110	0.224	1.117	0.623
脳血管障害	0.183	0.149	1.201	0.220
筋骨格系疾患	-0.107	0.138	0.898	0.435

要介護度の悪化: 0(なし) 1(あり)

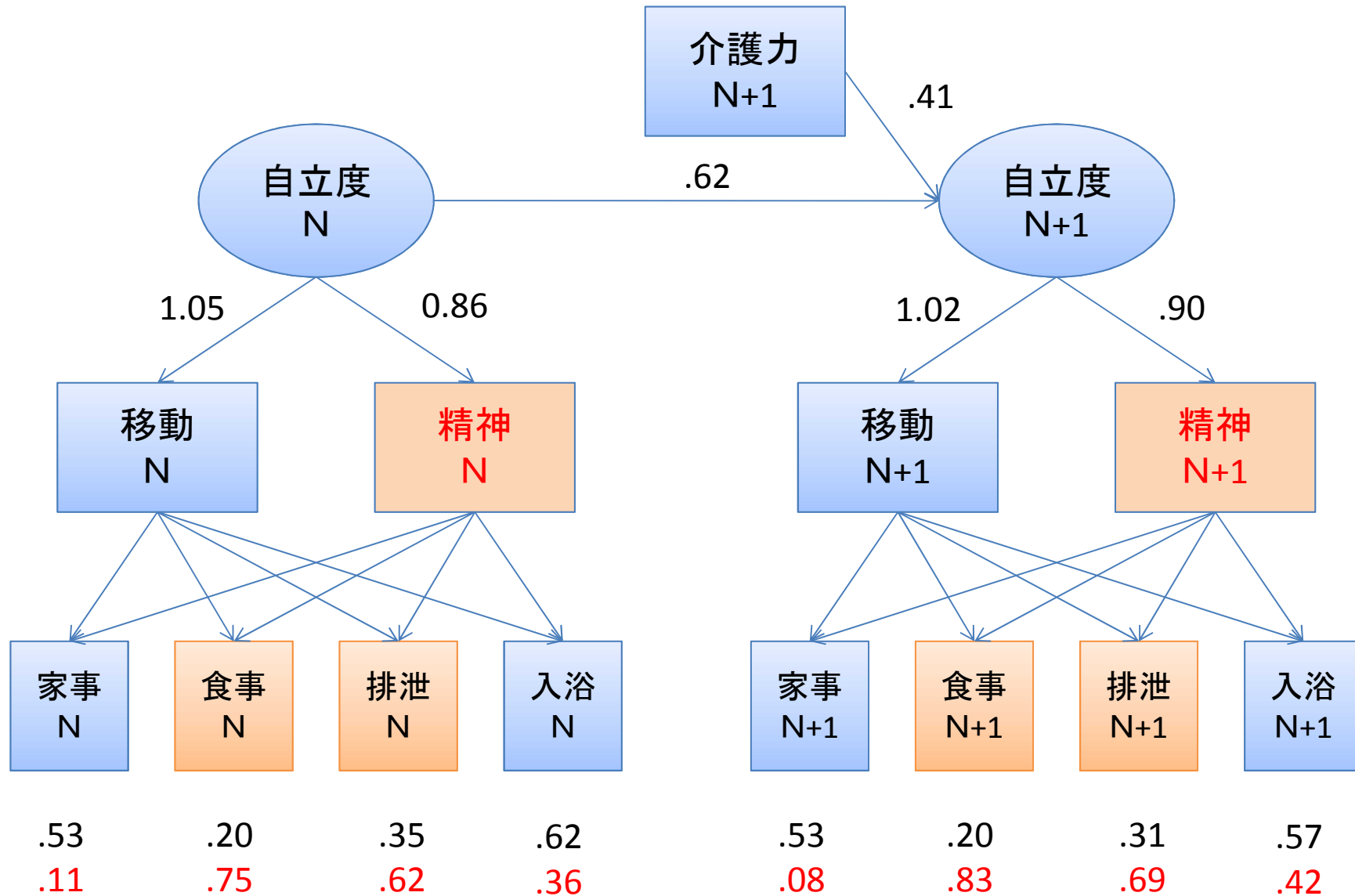
性: 0(男性) 1(女性), 年齢階級: 0(65-74) 1(75-84) 2(85 and more)

独居: 0(独居以外) 1(独居), ケアプランの質: score 0-10,

認知症及び他の精神疾患: 0(なし) 1(あり)

資料: Matsuda S et al (2009)を改変

ADLの経年変化に関連する要因の分析



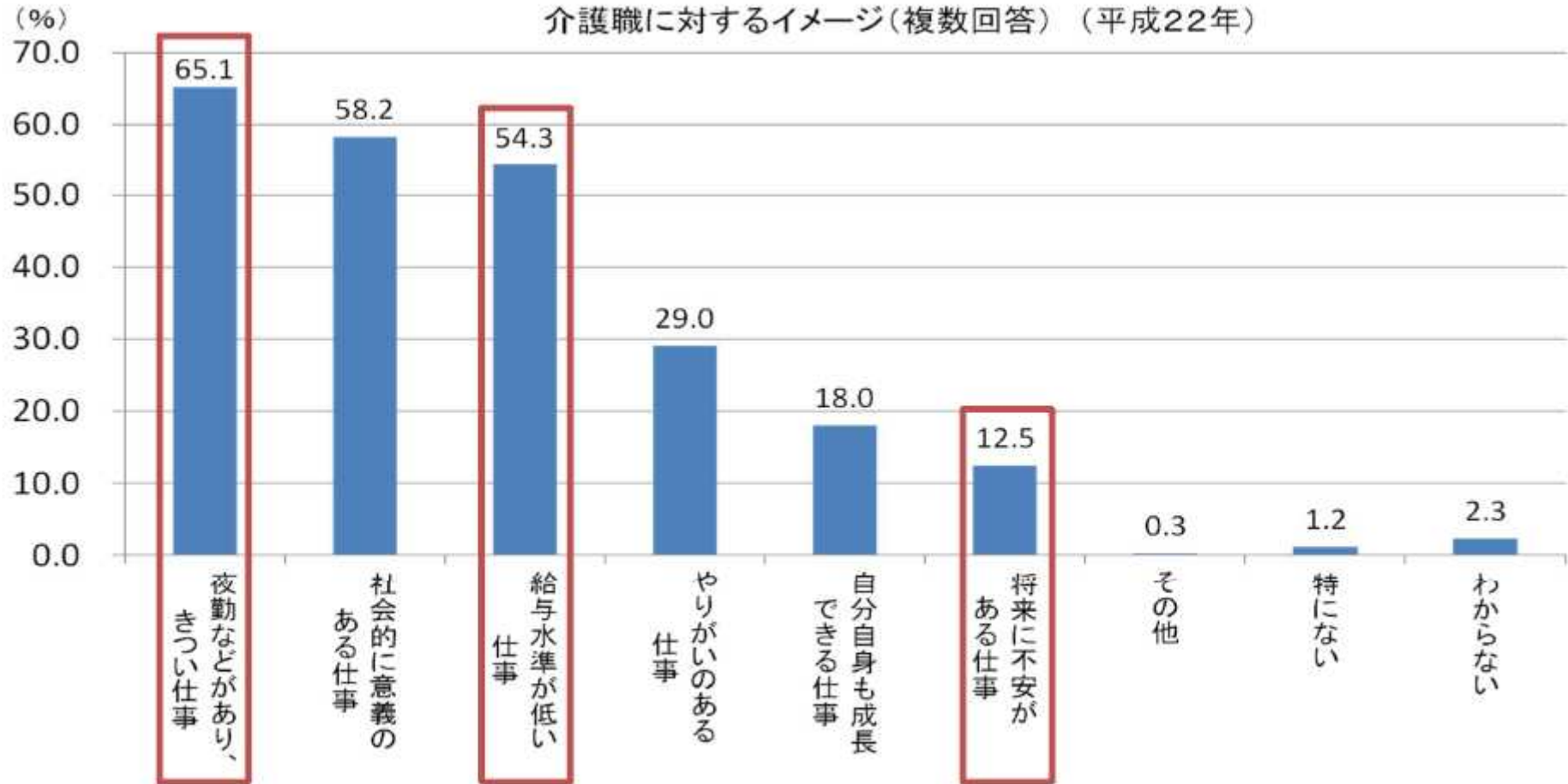
上段は移動、下段は精神との相関

資料: Matsuda S (in press)

小括1

- 軽度要介護者の増加
- 要介護認定者の地域差の大部分は軽度要介護者の地域差によるもの
- 在宅の場合、要介護度が悪化するとリハ職の関与が少なくなる傾向→施設はどうか？
 - 仮に、施設でも同様の傾向があるとする、日本の介護保険制度は軽度要介護者に専門職によるサービスが偏っている可能性はないか？また、やりすぎてはいないか？
 - 重度要介護高齢者のケアの専門性をどう考え、そして評価するのか？
- 介護負担を重くしている要因としては認知症が重要
 - 認知症対策の強化が、介護労働者の負荷軽減の視点からも重要ではないか

介護の現場はどのようにみられているのか？



【出典】内閣府「介護保険制度に関する世論調査」(平成22年)

現在の職場を選択した理由(介護福祉士:複数回答)

○ 入職時には、介護という仕事への思いに比べると、法人・事業所の理念・方針や職場の状況、子育てなどの面への関心は相対的に低い。

回答の分類: (意) 個人の意識・意欲、(便) 便利さ、(待) 待遇・労働環境、(事) 事業所・経営者のマネジメント



過去働いていた職場を辞めた理由(介護福祉士:複数回答)

○ 離職時には、結婚・子育てや、職場の方針や人間関係などの雇用管理のあり方がきっかけとなっている。

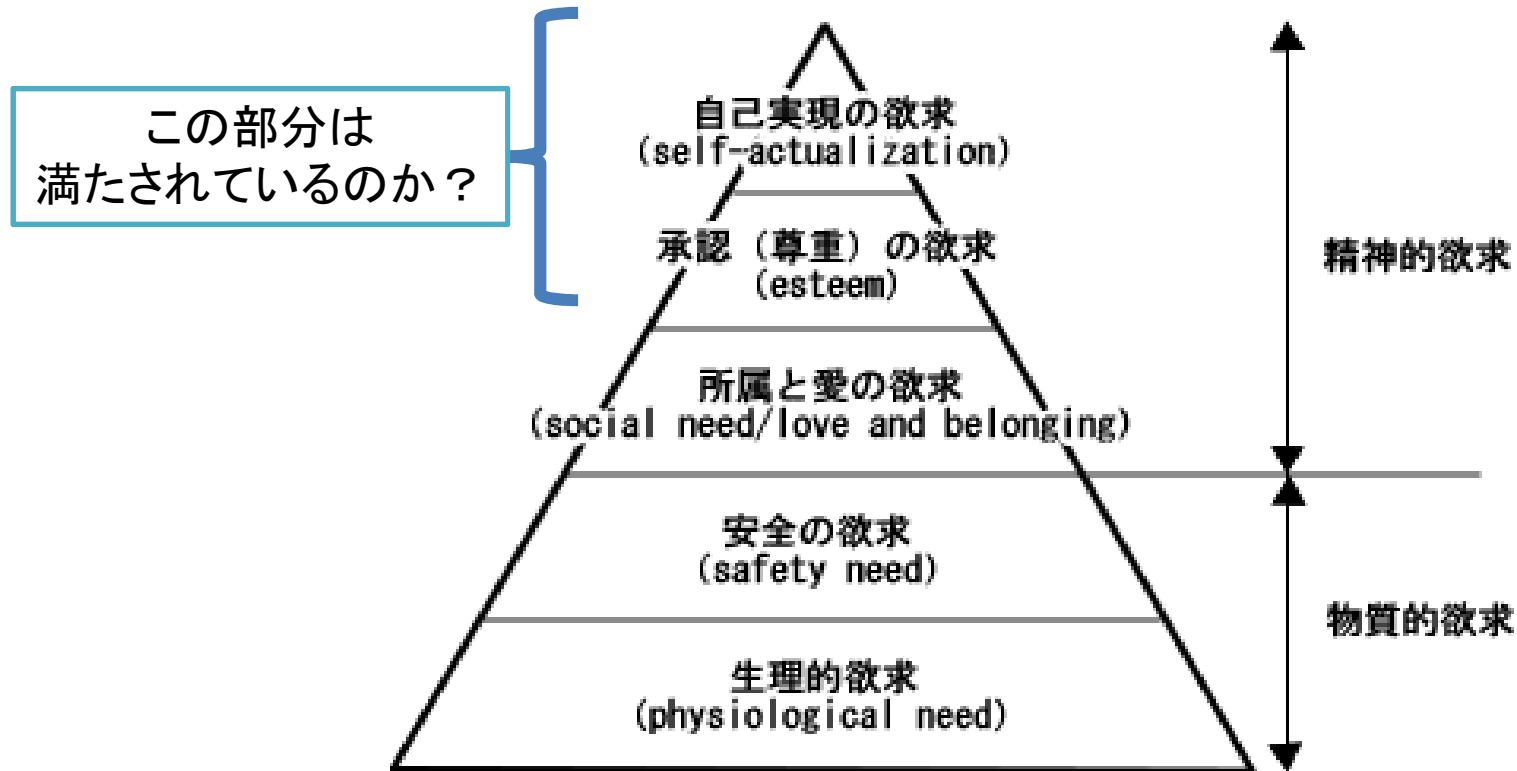
回答の分類: (意) 個人の意識・意欲、(便) 便利さ、(待) 待遇・労働環境、(事) 事業所・経営者のマネジメント



【資料出所】(財) 社会福祉振興・試験センター「平成24年度社会福祉士・介護福祉士就業状況調査」

介護労働者は何が満たされていないのか？

マズローの欲求5段階説



過去に行った職務満足調査の結果 (病院団体での調査、平成10年)

- 職務満足の要因が職種によって異なっていた
 - 医師： 専門性向上の機会
 - 看護師： 専門性向上の機会、人間関係
 - PT・OT： 専門性向上の機会、人間関係
 - 看護助手： 人間関係
 - 事務職： 人間関係、組織内でのキャリア

介護職は一つの職能ではない

→ 職能ごとの満足度の構造を調査する必要がある

介護労働者の現状

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男女計				男性				女性			
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)
産業別	産業計	42.0	11.9	324.0	67.6%	42.8	13.3	359.8	32.4%	40.4	9.1	249.4
	医療・福祉	40.2	8.0	294.4	26.9%	39.9	8.3	375.5	73.1%	40.3	7.8	264.5
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.7	7.1	238.4	27.3%	39.3	7.2	270.6	72.7%	41.2	7.1	226.3
	サービス業	44.0	8.8	273.6	70.2%	45.0	9.6	297.7	29.8%	41.6	6.9	216.8
職種別	医師	41.0	5.5	833.2	70.6%	42.4	5.8	896.8	29.4%	37.6	4.7	680.4
	看護師	38.0	7.4	328.4	8.4%	35.2	6.1	326.9	91.6%	38.3	7.5	328.6
	准看護師	46.7	10.2	278.7	10.1%	40.4	8.3	283.3	89.9%	47.4	10.4	278.2
	理学療法士・作業療法士	30.7	4.8	277.3	49.3%	31.5	4.8	286.8	50.7%	30.0	4.9	268.1
	保育士	34.7	7.6	213.2	4.1%	30.2	4.8	225.4	95.9%	34.9	7.7	212.6
	ケアマネジャー	47.5	8.3	258.9	21.8%	43.0	8.1	281.1	78.2%	48.7	8.4	252.7
	ホームヘルパー	44.7	5.6	218.2	23.3%	40.0	3.7	235.0	76.7%	46.2	6.2	213.0
	福祉施設介護員	38.7	5.5	218.9	33.5%	35.1	5.4	235.4	66.5%	40.5	5.5	210.6

資料： 第2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26年11月18日)

Value の創造

活力ある高齢社会という価値

- ① 高齢者がActiveである場・機会の創造
 - ・ 種々の雇用の場の創造
 - ・ 種々の学びの場の創造
 - ・ 種々の「遊び」の場の創造

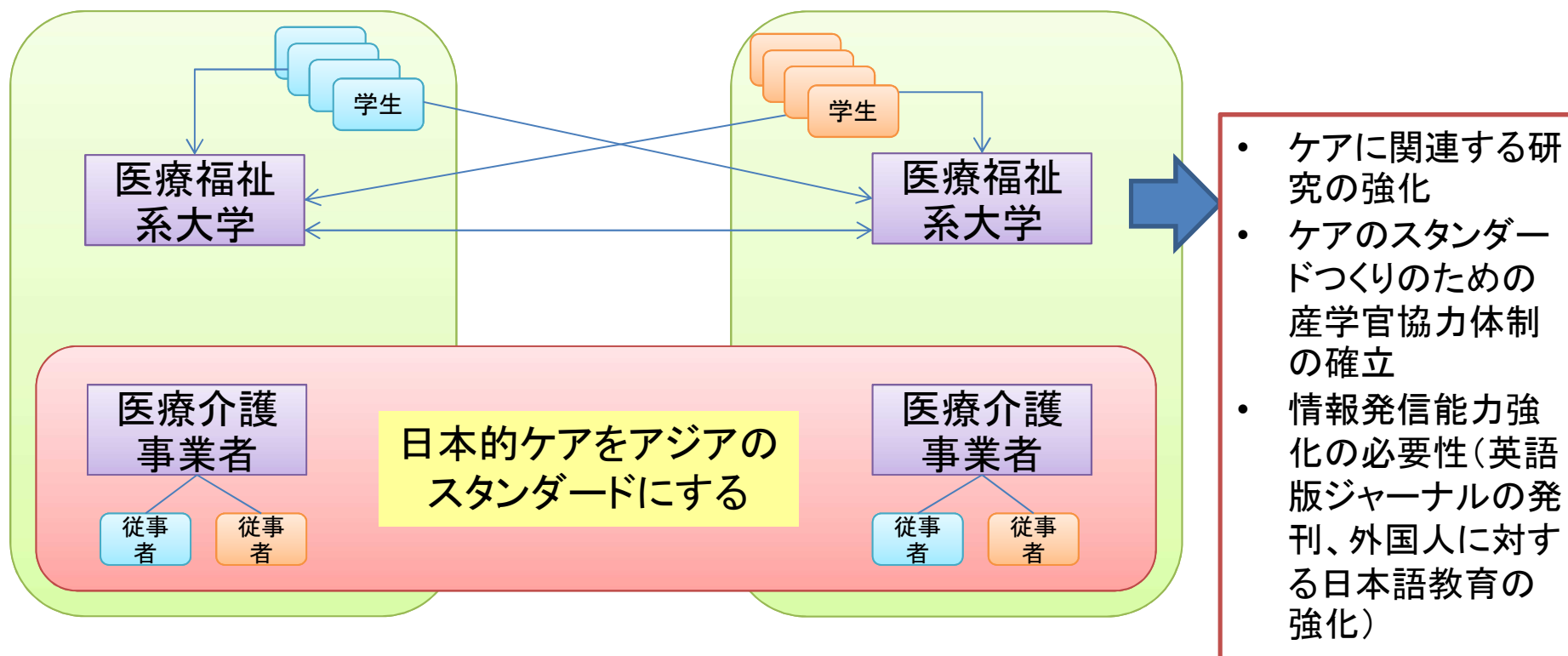
- ② もしもの時の「安心」の準備
 - ・ 医療
 - ・ 介護

思い込みの排除

介護労働者は低賃金で離職率が高い？

「日本式ケア」というValue

アジアの学生が日本の大学で学ぶのと同時に
日本の大学と提携したアジアの大学で日本の学生が学ぶ



アジアの若者が日本の事業所で働くのと同時に
日本の若者がアジアの事業所で働く(ケアビジネスのアジア展開)

BuurtzorgNederlandの概要

(Buurtzorg-Quick Scan)

- ▶ オランダの在宅ケア組織(財団)
- ▶ 地域看護師が2006年に起業2007年1チーム4人～
- ▶ 全国約620の独立チームで約6,500人の看護師・介護士・リハ職(以下、ナース)が約20,000人の利用者に(年間約50,000人)、売上高約2.3億€(2013年)
 - ▶ ターミナル、癌、慢性疾患、認知症、複数の持病(あらゆるタイプ)
- ▶ 管理部門は35人(間接費約8%、利益率約8%)
- ▶ 利用者満足度全国NO.1、最優秀雇用者賞、クライアントあたりのコストが他の事業者の約半分
- ▶ Buurtdiensten(家事援助)、BuurtzorgPlus(OT/PTと緊密連携)、BuurtzorgJong(青少年)、BuurtzorgT(精神)、BuurtzorgPension(ショートステイ)、ベルギー・スウェーデン…
- ▶ オランダのケア政策への影響

資料：堀田總子(2013)

組織の特徴：セルフマネジメントチーム (Self Organization, Self-controlled teams)

- ▶ **1チーム最大12人**のナースが約40～60人の利用者をサポート
- ▶ 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量と責任**。
- ▶ リーダーはいない、**毎週ミーティングで役割と責任の確認とリフレクション**。
- ▶ 継続的な学習は**利用者との対話、チームにおけるリフレクションとBuurtzorgweb**が基本。
- ▶ 高等職業教育機関と独自の訓練コースも設置。
- ▶ 40～45チームに1人のコーチ。
- ▶ バックオフィスは業務管理(ヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与等)、イノベーション、品質と戦略立案。各チームに事務職はいない。

Buurtzorgの収支構造

(Buurtzorg Businessmodel)

1時間あたりの収入 (Income per hour)	55 euro
1時間あたり支出 (Costs per hour)	52 euro
ナースの人件費 (Nurses, 60% productivity)	43
移動 (Transport)	2
オフィス賃貸費 (Office)	1
Buurtzorgweb (ICT)	2
間接費 (Overhead)	4

日本は間接費が高い傾向にあるが、その原因は何なのか？

資料： 堀田總子 (2013)

小括2

- 介護事業所は一般に小規模であるため、人間関係のトラブルが離職につながりやすい可能性がある
 - その他にも小規模であることのデメリットは多いのではないか？
 - 事務負担、昇進の可能性、技術向上の機会、...
- いずれにしても、介護職の職能別の職務満足の構造をきちんと調査する必要がある
- 「日本式ケア」というValueの創造はできないのか？
 - オランダのBuurtzorgはそれを行っている