

これから10年で激変する、介護・福祉業界の現状と未来

超高齢社会に突入し、団塊世代が75歳以上を迎える2025年を目途に医療・介護制度改革が急ピッチで進められている。それに伴い、人材の確保や生産性の向上等、大きなニーズと変化が見込まれている。この介護・福祉業界の今後の未来に、大学はどのような貢献ができる可能性があるのか？日本における介護業界の現状と課題、今後の将来予測について、介護人材政策を専門とする労働政策研究・研修機構の堀田聡子氏に話を聞いた。

インタビュー

介護人材の課題と将来の可能性 大学に求められる役割と期待される人材とは？

人数予測で思考停止せず たゆまぬイノベーションを

2013年度の介護サービスの年間実受給者数は約566万人、介護職員数は約177万人程度となっている。年齢階級別に人口動態をみると(図表1)、2010年と2025年を比較すると、15～64歳人口は13.3%減少する一方で、介護サービス受給率が高い75歳以上人口は53.4%増加する。これにより、2025年に必要な介護職員数(実数)は、現状の年齢階級別・サービス類型別の利用状況がそのまま続とした場合(現状投影シナリオ)でも213～224万人、一定の改革シナリオ(一般病床の機能分化、急性期病床への医療資源の集中投入、平均在院日数の短縮、在宅医療の推進等)に基づく試算(改革シナリオ)では232～244万人といわれている(図表2)。高まる需要に対応して良質なサービスを

安定的に提供するために担い手の確保が喫緊の課題であり、介護の世界にもさらなるイノベーションが期待されている。

イノベーションには、①現場レベル、②マネジメントレベル、③制度レベル、の3種類があるだろう。①の現場レベルとは、例えば認知症の人に対するケアの高度化や効果的なサービスの開発、アセスメントに基づくケアとそのアウトカムの蓄積を通じた、よりエビデンスに基づく専門性の高いケアの実現、セルフケアの支援や自立支援型ケアマネジメントのあり方等、ケア論あるいはサービス論の進化である。もちろん、介護機器やロボット等の開発も期待される。②のマネジメントレベルでは、例えばオランダの在宅ケア組織ビュートゾルフは、専門職による信頼に基づくフラットな自律型チームでケアの質と仕事の質を高めた結

お話を伺った方

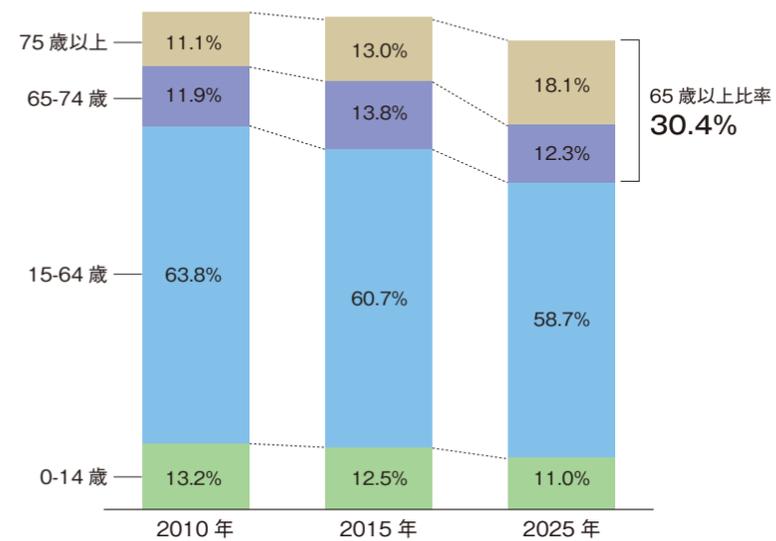


労働政策研究・研修機構
堀田聡子

東京大学社会科学研究所特任准教授、(在オランダ)ユトレヒト大学客員教授等を経て、2011年より労働政策研究・研修機構研究員。専門分野は人的資源管理、ケア人材政策、博士(国際公共政策)。現在社会保障審議会介護給付費分科会及び福祉部会、同福祉人材確保専門委員会等において委員を務める。日経WOMAN「ウーマン・オブ・ザ・イヤー2015」入賞。

果、コストを下げることに成功、世界的にも注目を集める。理念を共にする複数の事業者が共同で人材育成や事業展開等を行う取り組みも広がりが待たれている。③制度レベルでは、例えば事業所単位で人員配置や運営の基準を定める現在の考え方を生活圏域で必要な機能が確保されればよいと改めたり、ストラクチャ・プ

図表1 年齢階級別に見た将来推計人口の構成割合



出所：国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成24年1月推計)より作成

図表2 介護職員数(実数)の必要量の見込み(社会保障制度改革国民会議)

	2011年	2025年	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ
介護職員	140万人	213～224万人	232～244万人

出所：内閣府 第10回社会保障改革に関する集中検討会議 参考資料1-2「医療・介護に係る長期推計」より抜粋

ロセス・アウトカムの観点からケアの質を評価する指標の研究を進め、それに基づく報酬のあり方を検討するといったこともありうるだろう。

ケアを必要とする人、専門職を問わず、より一人ひとりの持つ力・主体性を引き出し、需要の伸びを抑えつつ手ごたえを高める持続可能なモデルとそこへの転換が求められており、“あと何万人必要”という数字に過度にとらわれることなく、様々なイノベーションに真摯に取り組む必要がある。

地域包括ケアシステムの推進に向けて

いかなるイノベーションに取り組むに当たっても、ケアを取り巻く環境

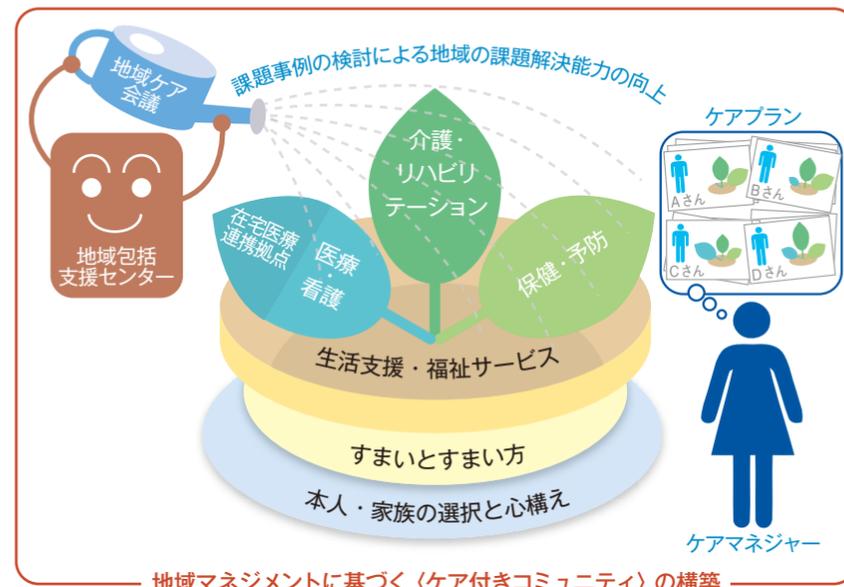
変化の理解が不可欠となる。高齢化が進み、疾患構造が変化するなか、虚弱な高齢者、複数の疾患や障害を抱えながら生きる方々の増加を背景とした「地域包括ケアシステム」の構築が、わが国のみならず、特に90年代以降の欧米各国におけるヘルスケア・ソーシャルケア改革に共通するチャレンジと言われている。とりわけ後期高齢期には、複数の疾患を継続的に発症しながら次第に死に至る軌道が知られており、寿命が延びるにつれて、病院で治す医療から地域でケアサイクルを支える医療への転換が求められることになる。人口構成の変化は、健康概念にも影響を及ぼす。かつては病気が認められないことが健康とされていたが、今は、病気や障

害と付き合いながらも、心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態へとその定義が変わりつつある。こうしたなかで、住み慣れた、あるいは本人が選んだ地域での自立と尊厳ある暮らしを実現する持続可能なモデルが模索され、地域包括ケアシステムにかかるいわばムーブメントが各国で続いており、日本でも今後目標とすべき政策概念として定着するに至っている。

地域包括ケアは、「地域を基盤とするケア」と「統合ケア」という2つのコンセプトから成り立っているとされ、地域に根ざしたご当地システムを作っていくことが求められている。地域によって現状の人口構成や健康の状況、将来見込まれる人口構成と健康上のニーズ、フォーマル・インフォーマルの資源の状況が異なり、同じような状況であっても、住民の考え方は多様である。各地域で現状と今後の人口、健康、資源の状況を把握し、住民がどのように生きていきたいのか、どこでどんな最期を迎えたいのか、それは今の「まち」の延長で実現できるのか、実現できないとすると、それなりに納得できる生を全うするためには、どんな地域を作っていけばよいのか、現状と課題、ビジョンを共有することが出発点となる。

地域包括ケアシステムを別の視点から捉えれば「ケア付きコミュニティ」作りということもでき(図表3)、首長のリーダーシップのもと、実態に基づいて住民が地域における最適を選び、実現に向けた戦略を立

図表3 「ケア付きコミュニティ」としての地域包括ケアシステム



出所:地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

案・実行し、モニタリングするという一連のマネジメントプロセスが重要である。

求められるケアだけではない人材

まず大学には、こうした一連のマネジメントプロセスの支援、地域マネジメントの担い手の育成を期待したい。前述の社会の変化に対応する人材育成という観点からは、WHO(世界保健機関)がまとめている今後の疾患構造に対応した新しいコンピテンシーも、参考になるかもしれない(図表4)。一見見慣れたものばかりが並んでいると思われるかもしれないが、例えば①患者中心のケアには、効果的なコミュニケーション、健康行動変容のサポート、セルフマネジメント支援、先を見越したアプローチ等が含まれ、②協働には、頻繁にいわれるようになってきた多職種多主体協働はもちろん、患者との協

働、地域との協働が含まれる。病気や障害と付き合いながら地域で暮らす方々の生活の質を支える基盤とされているのは、情報・スキルを得て活性化された患者と先を見越して準備ができた多職種チームの生産的相互関係とされる。その底流には、改めて本人・患者が人生の主体でありケアの担い手であるという考え方があり、患者と専門職という顔を突き抜けて、共に同じ地域で暮らす生活者としてのフラットな関係性が織り込まれている。その人らしさ、生活の質を支えるというときに、改めて本人・患者と協働する、暮らしの質に関わる資源が散らばっている地域と協働するということについて、問い直される余地が大きい。地域に開かれた事業所づくりは、人材確保のうえでも効果があると考えられ、事業所のマネジメント上も重要である。また、適宜ICTも活用しながら、最初にも述べたように、継続的にケアの質

と効率を高める努力、それを後方支援する研究も欠かせない。

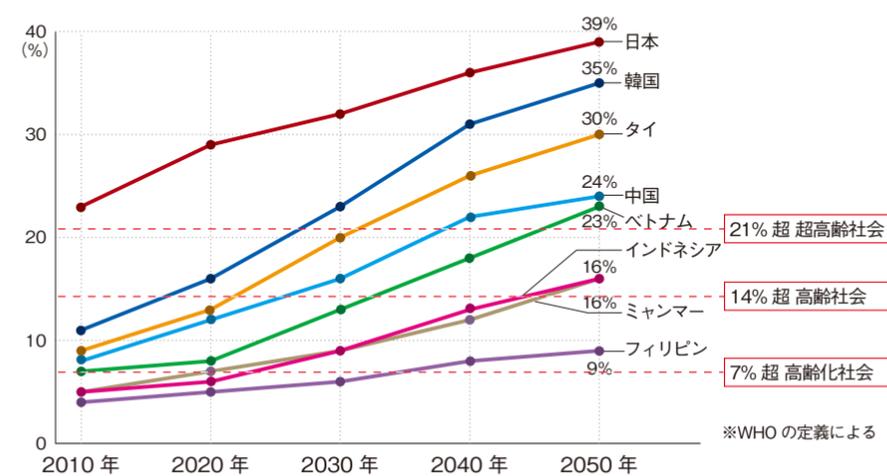
「高齢者の」「利用者の」「患者の」ケアの改善を手がかりとしながらも、目標は「全ての住民」が「よりよい生活の中での経験」を「共に創り出して」いけるまちづくり、地域としての「物語」を紡ぐことであり、ひろく地域のハピネスを地域住民が追求していくための地域主体のコミュニティーデザインという切り口から、直接処遇にかかる専門性を高めることのみならず、ケアと他の領域(例えば食、スポーツ、音楽...)をつなぎ、掛け合わせることができる人材も求められている。

現在、国レベルでも介護・福祉人材にかかる様々な議論が重ねられているが、地域レベルで地域包括ケアシステムの担い手となる地域住民、様々な当事者団体、住民組織、専門職や事業者、教育訓練機関、関係団体、学校、企業等と自治体の参画により、ケアを必要とする人の生活像とそれを支える仕組みやサービス、そのなかで公的財源を使用する範囲を定義し、それぞれの現状の機能を棚卸ししたうえで、誰がどこまで何を担うべきかを徹底的に議論することも重要である。都道府県に介護・福祉人材に関する協議

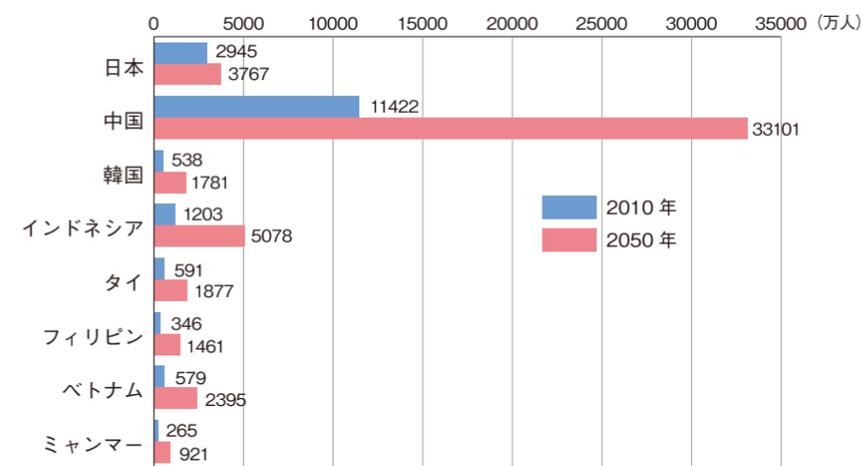
図表4 今後の疾患構造に対応した新しいコンピテンシーとは

- ① 患者中心のケア
- ② 協働(パートナーリング)
- ③ 質の向上
- ④ ICTの活用
- ⑤ 公衆衛生の観点

図表5 アジア各国の人口に占める65歳以上の割合(国連人口動態より)



図表6 アジア各国の65歳以上人口の推移(国連人口動態より)



出所: UN, World Population Prospects: The 2012 Revision より編集部にて作成

会を設置する動きが推奨されており、大学は地域の介護・福祉人材のブランドデザインを描くうえでも貢献が期待される。こうしたなかで、欧州においてみられるような、ケア関連領域を横断した職業資格の継続的な整備・発展のプラットフォームが生まれないかとも考えている。

今後の可能性 介護ビジネスのグローバル展開

アジアに目を向けると、中国、韓国

を始め、ASEAN(東南アジア諸国連合)も急速な高齢化の進展が見込まれている(図表5、6)。

世界で最も高齢化が進んでいる日本では、様々な高齢化対策を行ってきた長い歴史がある。高齢化対策は、高齢者の健康や福祉、社会保障ニーズへの対応等、社会全体の仕組みの再構築を含む大きな課題であるため、早い段階から取り組みを進めておくことが重要である。そのため、日本の取り組みは、今後高齢化が

本格化するASEAN諸国の高齢化対策を展開するうえで、参考になると考えられており、その理念や制度、実践のナレッジが国際協力の枠組みにおいても輸出されようとしている。世界に先んじて虚弱な高齢者が大量に出現、多死社会を迎えようとしているわが国の知恵と経験、チャレンジはASEAN諸国のみならず、世界から大きな注目を集めている。

2000年の介護保険制度の導入は、わが国の壮大なソーシャル・イノベーションのきっかけであり、制度的イノベーションが、ケアないしサービスイノベーションにつながり、社会や地域に大きなインパクトを与えてきており、今後民主的イノベーションへの展開が期待されるといわれる。顔が見える関係づくりを基盤としつつ、ビジョンを共有する多主体・多職種が、地域の中で、さらに地域を超えて日常的にナレッジを共有できるプラットフォームのあり方、「共同学習」を促す関係づくりのデザインの検討を進め、国内はもちろん、グローバルに人間中心で持続可能なケアとまちづくりに向けた移行のプロセスを学びあえる仕組みも有用であろう。

大学においても、領域・世代を超えて育みあい支えあう地域づくり、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域社会の一員としてマネジメントプロセスの支援、求められるコンピテンシーの養成に取り組むとともに、そのナレッジの体系化を進めることに期待したい。

(本誌 鹿島 梓、林 知里)