

2018年10月11日 全11頁

## 介護人材不足シリーズ② 生産性向上と離職率低下をもたらす 介護助手の活用

介護助手の担い手は高齢者に限定せず、25～54歳の女性にも広げよ

政策調査部  
研究員 石橋 未来

### [要約]

- 介護の周辺業務を担う「介護助手」が全国で広がりつつある。介護分野では専門性に合った業務分担が十分になされていない。介護助手でも行うことのできる業務は、例えば入所系介護職員が行っている業務のうち、少なくとも1割ほどはあるとみられる。諸外国では各職種の機能分化が進んでいることに加えて、介護業務を細分化することで、多様化するニーズへの的確な対応が期待されている。
- 経済産業省の報告書で示された試算によると、介護助手の導入によって介護産業の生産性が向上し、2035年に79万人不足するとされている介護人材の需給ギャップを20万人分縮小させることができるという。また、介護職員の負担軽減に伴って離職率が現在(16.7%)から1%ポイント低下した場合、約8万人の人材供給増になるという。そのような状況を実現するには、数十万人の単位で介護助手の担い手を確保する必要があるが、高齢者に限定せずに25～54歳女性も参入の対象として政策を進めるべきである。
- 介護助手の導入によって、人員配置に関する基準以上に職員が投入されている介護現場の効率化が進めば、介護の受け皿を増加させることができ、介護事業所の収益力も高まる。介護人材の不足が懸念されている中、介護事業の生産性向上と処遇改善は介護の担い手の増加にもつながるだろう。

## はじめに

「介護助手」を導入する介護施設が増えている。介護助手とは、介護職員の業務を切り分けて細分化した業務のうち、比較的簡単な周辺業務を担う職員のことである。2015 年度に三重県で導入された介護助手は、2017 年度には全国 25 以上の都道府県で導入されるまでに拡大した<sup>1</sup>。介護助手を導入した施設では、介護福祉士など介護職員初任者研修以上の資格を持つ介護職員の負担が軽減されるなど、介護の現場における就労環境の改善が確認されている。

介護人材不足シリーズレポートの 2 本目となる本稿では、介護助手の活用に焦点を当て、資格のある介護職員が担う業務のうち、介護助手はどの程度の業務を分担できるのかを検証する。また、介護助手となりうる労働力の潜在的な規模を将来推計し、介護助手を拡大させるための課題を指摘したい。

## 介護助手とは

介護助手は、地域医療介護総合確保基金を活用した事業として、2015 年度に三重県が導入した。介護保険法上では位置付けられておらず、「介護サポーター」「ケアアシスタント」「ケアサポーター」「介護補助職」「介護補助員」などと呼ばれることがある。三重県の介護施設では、部屋の掃除や食事の片付け、ベッドメイク、園芸などの趣味活動の手伝い、話し相手等、介護の補助的な周辺作業を担う高齢者を雇用したところ、従来の介護職員の残業時間が削減されたほか<sup>2</sup>、有給休暇取得率が向上する<sup>3</sup>などの効果が確認された。公益財団法人介護労働安定センター 平成 29 年度「介護労働実態調査」によると、介護職員の早期離職防止や定着促進に効果のあった方策として、「本人の希望に応じた勤務体制にする等の労働条件の改善に取り組んでいる」や、「残業を少なくする、有給休暇を取りやすくする等の労働状況の改善に取り組んでいる」が多く挙げられている。介護助手の導入で介護従事者の残業が減り休暇が取得しやすくなれば、離職率の低下<sup>4</sup>を通じて介護人材不足を緩和させることができると考えられる。

介護分野では、従事している個々人の能力や専門性に応じた業務分担が十分になされていないケースが多い。厚生労働省 [2016a]<sup>5</sup>によると、介護施設・事業所の管理者は、掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク、買い物、調理、配膳などの生活援助については介護福祉士などの専門人材ではなく、「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」「介護職としての基本的

<sup>1</sup> 経済産業省 将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会 報告書 別添資料 公益社団法人全国老人保健施設協会 [2018] 東憲太郎会長提出資料「元気高齢者の介護助手事業について」(2018 年 4 月 9 日)

<sup>2</sup> 介護助手を導入した施設によると、介護助手の雇用に係るコストの増加分は、従来の介護職員の残業時間の削減で相殺されているという(公益社団法人全国老人保健施設協会 [2018])。

<sup>3</sup> 経済産業省経済産業政策局産業構造課 [2018] 「将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会報告書」(2018 年 4 月 9 日)

<sup>4</sup> 2017 年度の訪問介護員、介護職員の離職率は 16.2% (公益財団法人介護労働安定センター 平成 29 年度「介護労働実態調査」) であり、常用雇用者全体の離職率である 14.9% (厚生労働省「雇用動向調査」2017 年度) よりも高い。

<sup>5</sup> 厚生労働省 [2016a] 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進事業「介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業 報告書」(三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングに委託) (2016 年 3 月)

な知識、技術を備えた者」があたるのが適当と認識している。しかし実際は、生活援助を「ほぼ毎日（毎回）行う」とした職員の割合が、「介護福祉士3年以上」の職員でも「資格なし」の職員でもほぼ同程度である。また、資格を必要とする身体介護を「ほぼ毎日（毎回）行う」とした職員の割合についても、介護福祉士のキャリアによる差は見られていない。こうした状況について厚生労働省[2016b]<sup>6</sup>は、身体介護は専門の介護職員が対応し、食事、掃除等の生活援助には地域にある社会資源を活用するなど、介護業務の類型化と専門性に応じた人材の機能分化を図ることが、介護の処遇改善、人材の参入・定着を進める方策の一つである旨を指摘している。

また、介護助手の活用については生産性向上の面からも注目されている。「経済財政運営と改革の基本方針2018」（2018年6月15日閣議決定）では、介護サービスの生産性を向上させるとして、ロボット・IoT・AI・センサーの活用とともに、従事者の業務分担の見直しや効率的な配置、介護助手の活用などが盛り込まれた。従来の介護職員が行っていた業務の一部を介護助手が代替することで、相対的に人件費の高い専門職の残業が抑えられれば、介護事業者の収益力も高まるだろう。さらに、その一部が賃上げの原資となれば、介護職員の定着や新たな人材確保にも寄与する。

## 少なくとも1割の業務が介護助手に分担可能

それでは、仮に介護助手がこれまで有資格者が担っている生活援助に関する業務を完全に代替するとしたら、どれくらいの業務を分担できるのだろうか。入所系、通所系、訪問系それぞれの業務について介護助手の導入余地について見ていく。

図表1は、入所系介護職員（ここでは特別養護老人ホームの職員）が一日に従事する時間（一人平均従事時間）の割合を業務項目別に示したものである。入所系介護職員の場合、ベッドメイキングや部屋換気・温度調節などの「環境整備」とリネン交換などの「寝具交換」の業務項目が、介護助手に分担可能である。さらに「食事介助」「その他」「水分補給」「レクリエーション」「付き添い・買い物」にも、分担可能な業務内容が多く含まれている。しかしながら、これらの中には介護専門職が担うべき身体介護が含まれるため、図表1では機械的に労働時間の半分が介護助手に分担できるとした。その結果、入所系介護職員では、従事する時間ベースで、少なくともその1割が介護助手に分担可能であると考えられる。

<sup>6</sup> 厚生労働省[2016b]「介護のシゴト魅力向上懇談会」議論の整理（2016年4月14日）

図表 1 入所系介護職員が行う業務のうち介護助手に代替可能な業務割合

業務項目	具体的な業務内容例	日勤	夜勤
環境整備	ベッドメイキング、部屋換気・温度調節、室内の整理整頓等	2%	3%
寝具交換	リネン交換、寝衣交換	2%	1%
食事介助	食事の準備、食事介助、後片付け	8%	6%
その他	洗濯、部屋・トイレの掃除、休憩時間、仮眠等	7%	6%
水分補給	水分補給、お茶・お湯ポットの用意	6%	6%
レクリエーション	レクリエーション参加、行事参加	1%	0%
付き添い・買い物	利用者の買い物、外出の手伝い、散歩介助	0%	0%
入浴介助	入浴介助、準備と後始末	15%	0%
移乗介助	ベッドからの上げ下ろし、車椅子移動、歩行介助	14%	9%
トイレ介助	排尿・排便の介助	8%	13%
おむつ交換	おむつ交換、陰部清拭	8%	12%
記録・打ち合わせ	日誌記録、個別記録、書類作成、打ち合わせ、引継ぎ、会議、実習指導等	6%	7%
更衣介助	衣服の着脱	6%	4%
整髪・結髪	洗髪・整髪、髪を乾かす	4%	1%
コミュニケーション	利用者からの対応(声かけは除く)、家族への対応、職員間のコミュニケーション	4%	4%
洗面介助・口腔清拭	洗面介助、歯磨き、うがい、口腔清拭、入れ歯の手入れ	3%	5%
巡視	部屋の巡回、ナースコール対応	2%	13%
体位変換	ベッド上の移動・変換	2%	6%
清潔保持の介助	部分浴、清拭、足浴、爪切り、耳掃除	2%	0%
安全・安楽	マッサージ、湿布療法、タバコの火の介助	1%	2%
<b>「介護助手」に代替可能な業務割合</b>		<b>15%</b>	<b>13%</b>

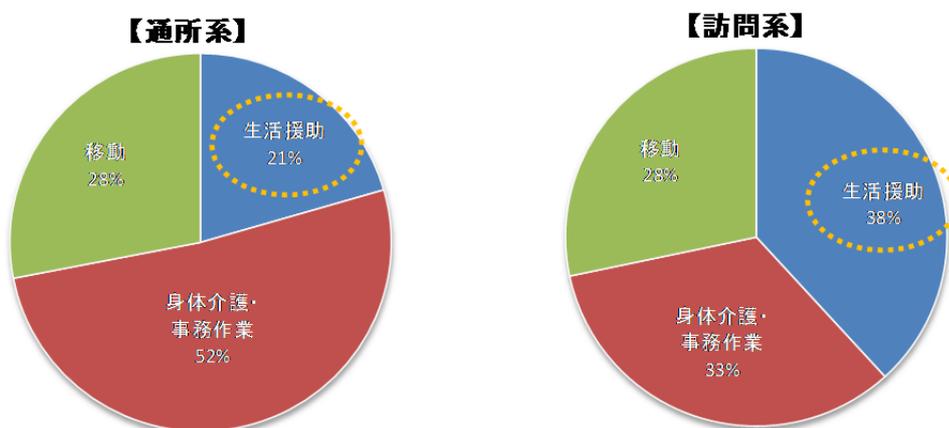
(注1) 業務項目別、一日1人平均従事時間の割合。

(注2) 赤字の業務内容が介護助手に代替可能とみられる項目。

(注3) 「食事介助」「その他」「水分補給」「レクリエーション」「付き添い・買い物」は身体介護以外の部分が代替可能と考えられるため、各業務割合を0.5倍した。

(出所) 栗木薫子・佐藤芳子・西浦功・松原日出子[2004]「特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感(調査報告)」田園調布学園大学『人間福祉研究』第6号(2003(平成15)年度)より大和総研作成

図表 2 通所系・訪問系介護職員が行う業務の従事時間構成比



(注1) 通所系「生活援助」は、室内清掃、食器片づけ、昼食準備、入浴後掃除、洗濯たたみ、洗濯干し、お茶準備、軽作業準備、入浴前準備、帰宅時の荷物準備、昼寝準備(布団を敷く)、下膳、配膳。

(注2) 訪問系「生活援助」は、一般的な調理、配下膳、買い物・薬の受け取り、掃除、洗濯、衣類の整理・被服の補修、ベッドメイク、サービス準備等、その他。

(出所) 加藤久和[2016]「介護現場の革新に向けた取組について:『将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会』における議論」独立行政法人経済産業研究所(RIETI)BBLセミナープレゼンテーション資料(2016年4月26日)より大和総研作成

他方、室内清掃、食器片づけ、昼食準備等の生活援助に関する業務の従事時間が、通所系介護職員では約2割、訪問系介護職員では約4割を占める(図表2)。特に、訪問系介護職員は身体

介護よりも生活援助にあてる時間の割合が大きいため、生活援助を介護助手が分担できれば 1 件当たりの訪問介護時間を短くすることができ、より多くの利用者宅を訪問することが可能になるかもしれない。ただし経済産業省[2018]<sup>7</sup>によれば、訪問介護では 1 人の利用者に対して訪問介護員等が一对一で行うケースが多いため<sup>8</sup>、介護助手の導入については今後一層の検討が必要とされている。

## 海外の介護職は身体介護に専念し、さらに高度な専門職もある

日本の介護現場では、1 人の職員が身体介護にとどまらず生活援助など多くの業務を担当しているが、諸外国ではどうだろうか。専門人材が身体介護に専念できるよう、介護助手のように生活援助を行うような職種はあるのだろうか。以下では、近年、業務範囲の見直しや資格・教育体系の見直しが行われたドイツ、オランダ、デンマークの介護制度を概観する。

### ① ドイツ

高齢者介護の中心的な担い手は老人介護士 (Altenpfleger/-in)<sup>9</sup>であり、在宅介護における介護プランや、ニーズに応じたサービス実施計画を策定する<sup>10</sup>。老人介護士になるための教育カリキュラムには、解剖学、生理学、老年医学、老年精神医学、薬学、衛生学など医学関係科目が多く含まれており、老人介護士は医療的介護と社会的介護の両方の専門的知識を備えた専門家と認識されている<sup>11</sup>。そのため、老人介護士には点滴、褥瘡処置の実施、傷の処置などの医療行為が認められている。

老人介護士の下位職種には準老人介護士 (Altenpflegehelfer/-in) がある。準老人介護士は、原則、医療行為が認められておらず、老人介護士など専門職の指示に基づき、要介護者の入浴、排泄、食事などの基礎介護 (Grundpflege) や身の周りの世話などを行う<sup>12</sup>。

Statistisches Bundesamt[2017]<sup>13</sup>によると、老人介護士と準老人介護士の 9 割以上が身体介護などのケア業務に専念しており、掃除などの生活援助を行うことはほとんどない。生活援助

<sup>7</sup> 経済産業省経済産業政策局産業構造課[2018]

<sup>8</sup> やむを得ずに 2 人の訪問介護員等によるサービス提供が必要となった場合に限り、2 人の訪問介護員等によるサービス提供時間に応じた介護報酬を算定できる。また、同時に 3 人以上の訪問介護員等が 1 人の利用者に対して訪問介護を行った場合は、それぞれの訪問介護員等について訪問介護費を算定できず、2 人の訪問介護員に限り算定できる。

<sup>9</sup> 看護及び介護に携わる専門職として、①看護師 (Krankenpfleger/-in)、②小児看護師 (Kinderkrankenpfleger/-in)、③老人介護士 (Altenpfleger/-in) の 3 つの資格がある。

<sup>10</sup> 松本勝明[2008]「ドイツにおける介護者の確保育成策」一橋大学経済研究所 世代間問題機構 ディスカッション・ペーパー No. 372 p. 16 (2008 年 4 月 8 日)

<sup>11</sup> 保住芳美[2009]「ドイツの老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて」川崎医療福祉学会『川崎医療福祉学会誌』Vol. 18 No. 2 p. 339 (2009 年)

<sup>12</sup> 高木剛[2012]「ドイツにおける Altenpflegehelfer の養成教育ーラインラント・プアルツ州の例を中心にー」日本社会事業大学『社会事業研究』51 号 p. 103 (2012 年 1 月)

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt[2017], “Pflegestatistik 2015 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse”

を行う人材には国家認定を受けた専門家政士もいるが、多くは介護関係の資格を保有していないスタッフであり、職種ごとの専門性に応じた業務分担が進んでいる。

また介護認定者の7割が選択する在宅介護では、介護保険の現金給付を利用して外国人家政婦を雇うケースも少なくない。ポーランドやルーマニアといった東欧諸国からの家政婦はドイツ国内に10万人ほどいると推計されている<sup>14</sup>。

なお、2017年7月に看護介護職を改革する法律（看護介護職改革法）が成立し、老人介護士などの職域別専門職を統合した新たな専門資格「看護介護師（Pflegefachfrau/Pflegefachmann）」が創設された。資格取得者は2020年1月から全ての看護介護領域で働くことができる<sup>15</sup>。高齢化が進むドイツは、医療・介護サービスを必要とする高齢者の増加に伴い、ジェネラリスト教育を重視した看護介護の専門的能力を養成する制度改革を進めている。同時に、教育水準の向上、専門性向上等によって看護介護職を魅力ある職業とし、看護介護の専門職不足を解消することも期待されているようだ。

## ② オランダ

施設から在宅サービスへの転換が図られてきたオランダでは、高齢者向け住宅の整備が進んでおり、在宅介護が中心である。1990年代後半に看護職と介護職の資格制度の一本化が進み、現在、介護看護職は段階別に「介護専門職」（レベル1、2、3）と、「看護専門職」（レベル4、5）の5段階となっている<sup>16</sup>。

身体介護に従事するのはレベル2（介護福祉ヘルパー）以上であり、家事援助と身体介護を通じて利用者の自立を促す<sup>17</sup>。レベル3（ケアワーカー）は介護計画の策定や、生活環境と家族のケア・身体介護・利用者のカウンセリングなどの提供、心身の健康状態の管理等も行っている。

生活援助については、レベル2が行う場合もあるが、主にレベル1（ケアヘルパー）が、家事を中心にワークスケジュールに基づいたサービスを実施している。ただし、日本の介護保険にあたる特別医療費保険（AWBZ）がカバーしていた生活援助サービスの供給責任が、2007年に地方自治体に移管された。これにより、インフォーマルケア（家族や友人、地域住民、ボランティア等）が促進されたほか<sup>18</sup>、給付対象者の要件を厳格化する自治体も見られるなど<sup>19</sup>、生活援助サービスのあり方は変化している。

<sup>14</sup> 齋藤香里[2013]「ドイツの介護者支援」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』第184号 p. 27 (2013年9月)

<sup>15</sup> 泉眞樹子[2017]「【ドイツ】看護介護職を改革する法律」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』No. 273-2 p. 10 (2017年11月)

<sup>16</sup> 廣瀬真理子[2008]「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』第162号 p. 45 (2008年3月)

<sup>17</sup> 堀田聰子[2012]「ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—」国立社会保障・人口問題研究所『季刊社会保障研究』第47巻 第4号 p. 386 (2012年3月)

<sup>18</sup> 内閣府「平成30年版高齢社会白書」

<sup>19</sup> 中澤克佳[2018]「介護保険制度の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆」会計監査院『平成29年度海外行政実態調査報告書』pp. 7-8 (2018年3月)

### ③ デンマーク

生活援助は社会福祉保健ヘルパー（SSH）という専門職が担っている。1990年代初めに行われた社会福祉保健教育改革によって介護・看護などの職域別に分かれていた専門職が廃止され、介護・看護・保健が統合された社会福祉保健（Social-og Sundhed）という領域の下にSSHが創設された。SSHは1年間の基礎教育の後、さらに1年2か月の専門教育を終了して認定される。SSHは身体介護や食事・栄養ケアを中心に行い、原則、医療行為は行わない。

SSHは、さらに1年8か月の教育を追加して受けることで社会福祉保健アシスタント（SSA）の資格を取得することができる。SSAはSSHの指導や業務調整など、職場のリーダー的役割を果たす介護専門職である。SSAは看護師の管理の下、ルーティン・ワークとしての与薬、カテーテル交換、鼻腔カテーテルによる栄養補給などを行うことができる<sup>20</sup>。

介護・看護・保健の教育体系が統合されたことで、SSAは追加の専門教育を修学すると看護師や作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーへステップアップすることが可能である。デンマークの資格制度はこれまでの経験を基盤としてキャリアを構築でき、専門領域を超えて協働しやすいシステムとなっている<sup>21</sup>。

ここで取り上げた3カ国と日本における介護業務内容による職種の違いを図表3にまとめた。海外3カ国のうち、ドイツとオランダでは身体介護をメインに行う専門職と、生活援助をメインに行う職種が区別されており、さらに生活援助を保険給付の対象外とする動きも見られる。また、デンマークでは日本と同様に専門職が生活援助を担っているが、3カ国とも身体介護をメインで行う介護専門職の中にも医療的ケアが認められている職種と、その下位職種というように、専門性に応じて介護職が細分化されている。こうした機能分化は業務の効率化に資するだけでなく、多様化するニーズへの的確に対応するという効果もあるものと思われる。

日本においても、介護助手の導入によるサービスの効率化等を通じた介護現場の就労環境の改善や離職率の低下だけでなく、高齢者のニーズに応じたきめ細やかなサービスを提供する観点からも、介護に関する業務の類型化と専門性に応じた機能分化の検討が必要だろう<sup>22</sup>。その際、資格や教育体系の見直しも同時に進められれば、介護職の教育水準の向上や専門性の向上を通じて、人材不足の緩和にもつながると考えられる。

<sup>20</sup> 筒井澄栄・石川彪[2010]「ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』第172号 p.60（2010年9月）

<sup>21</sup> 松岡洋子[2005]『デンマークの高齢者福祉と地域居住—最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力—』新評論（2005年10月15日）

<sup>22</sup> 日本でも、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されていたたんの吸引や経管栄養の「医行為」が、2011年の法改正（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）によって介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等が、一定の条件の下で実施できるようになるなど、見直しが全く進んでいないわけではない。

図表3 業務内容による職種の違い

	生活援助	身体介護	一部の医療行為
日本	介護福祉士など ※介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の実施が可能。		医師(看護師) ※特定行為研修を受けた看護師は、医師・歯科医師があらかじめ作成した手順書(指示)によって、タイムリーに特定行為(創傷管理や栄養及び水分管理に係る薬剤投与など)を実施することが可能。
ドイツ	専門家政士 (Fachhauswirtschafter/-in) など	準老人介護士 (Altenpflegehelfer/-in、州資格) など 入浴、排泄、食事、移動など際の介助、レクリエーション活動の支援、点眼、血圧測定、ベッドメイキングなどの環境整備を行う。医学的処置については老人介護士の指示を受けて実施。	老人介護士 (Altenpfleger/-in、国家資格) など 点滴、褥瘡処置の実施、傷の処置、人工呼吸器コントロール、投薬、血糖測定、カテーテル挿入、筋肉注射などの医療行為が可能。
オランダ	レベル1ケアヘルパー(Zorghulp) 家事や生活環境整備の手伝い	レベル2介護福祉ヘルパー (Helpende Zorg en Welzijn) 介護・生活支援、家事・生活環境整備の援助、身体介護、社会的活動やレクリエーション支援の提供、心理的サポートを含む自立に向けた助言・サポートなどを行う。	レベル3ヘルスケアワーカー (Verzorgende-IG) 介護計画の策定、身体介護と心身の健康状態の観察、一定の看護、緊急対応、ケアの調整と評価などを行う。
			レベル4看護師 (Mbo-Verpleegkundige) 看護診断、看護計画策定、身体及び心理社会的看護の提供、ケアの評価といった看護過程を自立して遂行する。
デンマーク	社会保健ヘルパー(SSH) 身体介護、食事、栄養管理		社会保健アシスタント(SSA) 看護師に指示された医療行為が行え、その実施については看護師への報告義務がある。痰の吸引、血糖値の測定、カテーテルの交換、インスリン注射、筋肉注射、酸素吸入、褥瘡処置のほか、服薬管理や投薬が可能。
			看護師 非日常的な症状に対して、医師と連絡を取り、新たな処方箋の発行を依頼したり、検査や入院のための手続きを行う。

(注) 中心的な介護職は赤枠部分。

(出所) 厚生労働省ウェブサイト「喀痰吸引等制度について」「特定行為に係る看護師の研修制度」、筒井澄栄・石川彪[2010]、高木剛[2012]、堀田聡子[2012]「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—」独立行政法人労働政策研究・研修機構 ディスカッションペーパー 12-07 p. 81 (2012年7月)、白石知子・百瀬由美子[2007]「デンマークの高齢者施策における在宅ケアシステムに学ぶ新たな視点～ヒョースホルム市の予防家庭訪問とサービス判定～」『愛知県立看護大学紀要』第13巻 p. 43 (2007年12月)より大和総研作成

## 介護助手の担い手を25～54歳の女性にも広げるべき

全国的に広がりつつある介護助手を幅広く導入した場合、現実的にはどのくらいの効果が見込めるのだろうか。2018年4月に公表された経済産業省の報告書<sup>23</sup>では、介護サポーター(介護助手)の活用は、まずは施設サービスや通所サービスで考えられるとして、特養・老健・通所介護・特定施設の4つの現場で介護助手の導入率を段階的に引き上げた場合、団塊の世代が85歳を超える2035年に307万人と見込まれる介護人材需要<sup>24</sup>を、約20万人抑制して287万人とすることができるとの試算が示されている<sup>25</sup>。現時点で2035年に見込まれる人材供給は228万人

<sup>23</sup> 経済産業省経済産業政策局産業構造課[2018]

<sup>24</sup> 「一億総活躍社会・介護離職ゼロ」の実現に伴う人材需要なども含む。

<sup>25</sup> 介護サポーターを実際に導入している場合の介護職員の直接介護に充てる時間の関係性や介護職員の平均労

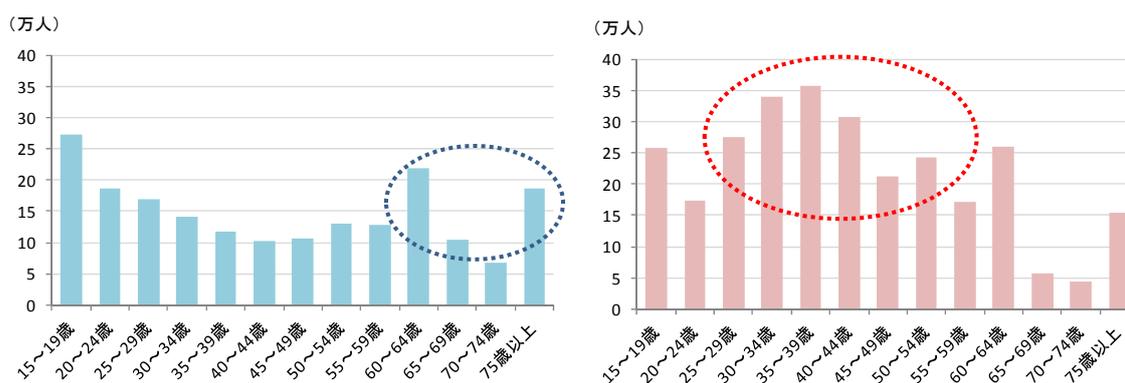
にとどまり、307万人との差分である79万人の介護人材が不足するといわれているが、20万人分の人材需要が減ればそのギャップを4分の3に縮小させることができることになる。訪問サービスにも介護助手を広げていくことができれば、そのギャップはさらに縮小する。

また、同報告書に示された試算では、介護職員の離職率が低下する効果も見込まれている。介護サポーターの導入によって介護職員の離職率が2012～2016年の離職率の平均値（16.7%）から1%ポイントほど2035年にかけて低下すると仮定した場合、2035年時点で約8万人の人材供給増になると推計され、このチャンネルからも介護人材の需給ギャップが縮小するという。

介護助手は介護職員の不足分を直接に補完するものではないが、介護人材の厚みが増すということができる。介護助手が生活援助を担うことにより資格のある介護職員の生産性が向上し、また、就業環境の改善によって介護職員の離職率が低下すれば、介護人材不足を緩和する効果を持つことは間違いない。

そのような状況を実現するには、数十万人の単位で介護助手の担い手を確保する必要があるだろう。そこで、介護助手となりうる労働力の潜在的な規模を考えるために、機械的な計算ではあるが2035年時点における未就労の就業希望者（失業者と就業希望の非労働力人口の合計）を試算すると、全国で約479万人である。それを男女別・年齢階級別にブレイクダウンした図表4を見ると、男性では60歳以上に多いことが目立ち、一方、女性は全体としてそうした人々の規模が男性よりもかなり大きく、特に25～54歳で厚みがある。この年齢層の女性が就労を希望しながらも仕事に就けなかったり非求職であったりするのは、健康上の理由による場合もあるが、全体的には勤務時間・休日が希望と合わないという理由や出産・育児のためという理由であるケースが多い。従って、家庭と両立できる就労環境を整備することが、介護助手を本格的に導入していくという観点からも必要であろう。

図表4 2035年時点の未就労の就業希望者（左：男性、右：女性）



(注) 2017年における男女別・年齢階級別の未就労の就業希望者（完全失業者と就業を希望する非労働力人口の合計）の人口に対する比率を固定し、それに国立社会保障・人口問題研究所による2035年時点の将来推計人口（中位推計）を掛け合わせたもの。

(出所) 総務省統計局「労働力調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、労働政策研究・研修機構「2015年度労働力需給の推計」より大和総研作成

働時間に基づき、介護サポーター導入により介護職員1人当たりの生産性が15%向上すると仮定されている。

これまでのところ、実際に介護助手を募集し、人材確保に成功した事例を見ると、60～75歳を「元気高齢者」と位置付けるなどして募集対象者を絞ったことがポイントとして挙げられている<sup>26</sup>。高齢化が進む社会を元気な高齢者が支える意義や、介護予防の効果を前面に出して募集した地域では十分な人数が集まったが、募集対象を女性など高齢者に限定しなかった地域では思うように人が集まらなかったという。元気な高齢者が就労機会を得られるようにすることは、政府が掲げる「人生100年時代構想」とも整合的である。高齢者がこれまで以上に介護の現場に入り込むことは、自身が健康を維持して要介護となることをできる限り避け、また、互恵的な安定した社会を築くという意味もあるだろう。介護助手に就くことが期待される人材として、高齢者は確かに重要である。

しかし、図表4に示した未就労の就業希望者全体のうち、60歳以上は約109万人（男女計）にとどまり、479万人の4分の1程度にすぎない。高齢者の就労促進や介護予防は重要だが、介護人材不足を克服する観点からは、意欲があるにもかかわらず就労していない人材のボリュームゾーンである25～54歳の女性にも参入の対象を広げるべきである。近年、介護事業所では事業所内託児所の設置や子連れ出勤の容認のほか、介護施設やデイサービスに認可保育所を併設する事例も見られる<sup>27</sup>。こうした介護事業所による子育て支援策は、介護助手の潜在的人材の掘り起こしに資するだろう。

## 介護の受け皿の拡大にもつながる

介護産業については、特別養護老人ホームへの入居待機者が多いことに象徴されるように供給不足の問題が大きい。介護需要を満たすには、介護事業の生産性を引き上げたり、サービスの標準化を進めたりする必要があるが、介護の現場では、既定の人員配置基準に上乘せして職員を配置している施設が多いといわれている。例えば、特別養護老人ホームや老人保健施設では、入所者3名に対して常勤換算で1名の看護・介護職員を配置することが定められている。しかし実際には、特別養護老人ホームの常勤換算看護・介護職員1人当たり在所者数は2.0人（介護職員では2.2人）であり、規定の1.5倍の職員が投入されている（2017年10月1日時点）<sup>28</sup>。

基準を超える職員が投入されているのは、業務の負担の重さやサービスの品質確保といった理由によるのだろうが、介護助手の導入拡大によって介護専門職が身体介護に専念できるようにすることで効率化を進め、職員の配置を基準に少しでも近づけることが期待される。2:1という実態としての人員配置を基準とされている3:1に近づけるということは、より少ない介護職員でより多くの入所者を受け入れられるようになるということに他ならない。介護の受け皿が増加して介護事業所の収益力が高まれば、低生産性ゆえに低迷していた介護職員の待遇を改

<sup>26</sup> 公益社団法人全国老人保健施設協会[2018]

<sup>27</sup> 独立行政法人労働政策研究・研修機構[2018]「JILPT調査 介護労働者の定着・満足度を高めるための事業所の取り組み——ヒアリング調査結果から」『ビジネス・レーバー・トレンド』2018年3月号 p.29（2018年3月）

<sup>28</sup> 厚生労働省[2018]「平成29年介護サービス施設・事業所調査」。介護老人保健施設については、看護・介護職員1人当たりの在所者数は2.1人（介護職員では2.8人）であり、特別養護老人ホームよりは基準に近いが、基準を上回っていること自体は同じである。

善させることができ、介護職員の賃金が上昇すれば、介護の担い手の増加にもつながるだろう。

## まとめ

介護人材不足は深刻である。その背景の一つには、介護サービス提供における非効率もあると思われる。介護の周辺業務を介護助手が担うことで介護現場での効率性が向上し、待遇面も含めた就労環境が改善すれば、介護に従事することの魅力が高まり、介護職員の離職率の低下も期待される。図表 1 で見たように、入所系介護職員について言えば、介護助手に分担可能な業務は、従来提供されている介護サービスの少なくとも 1 割ほどはあると見込まれる。諸外国では、身体介護は介護専門職、生活援助は別の職種が行うなど機能分化が進んでいるだけでなく、キャリアや能力を踏まえて介護業務を細分化し、高齢化で変化するニーズに対応したサービス提供の体制構築も目指されている。医療・介護の連携を推進する日本でも、海外の教育・資格制度の改革に学ぶべき点は少なくないだろう。

介護産業の生産性を引き上げる効果や介護職員の離職率を低下させる効果を持つ介護助手を確保していくためには、その対象を元気な高齢者に限定せず、25～54 歳女性も中心的な担い手として人材を掘り起こしていくことが重要である。そのためには、介護助手についても家庭と両立可能な就労環境の整備が求められる。また、介護助手の導入によって、人員配置に関する基準以上に職員が投入されている介護現場の効率化が進めば、介護の受け皿を増加させることができ、介護事業所の収益力も高まる。介護人材の不足が懸念されている中、介護事業の生産性向上と処遇改善は介護の担い手の増加にもつながるだろう。多くの効果をもたらす可能性を秘める介護助手の活用拡大に期待したい。