

実践キャリア・アップ戦略
専門タスクフォース
介護人材ワーキンググループ
第5回会合
議事録

内閣府政策統括官（経済財政運営担当）

実践キャリア・アップ戦略 専門タスク・フォース
介護人材ワーキング・グループ 第5回会合
議事次第

日 時：平成 23 年 7 月 7 日（木） 10:00～11:40

場 所：合同庁舎 4 号館 12 階第 1214 会議室

1. 開 会

2. 議 事

- ① 実践キャリア・アップ戦略 介護人材WG 小委員会について
- ② 実証事業の進め方
- ③ 介護人材に係る能力評価基準に係る論点

3. 閉 会

○田中滋座長 皆さん、おはようございます。ただいまより「介護人材ワーキング・グループ」の第5回会合を開催いたします。お忙しい中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございました。

出欠状況ですが、本日は、御都合により小林委員が御欠席です。藤井委員は間もなくお見えになると思います。また、今回より、日本商工会議所の高橋委員の御退職に伴って、新たに日本商工会議所企画調査部部长、朽原克彦様が委員になられるとのことです。一言ごあいさつをお願いいたします。

○朽原委員 日本商工会議所の朽原と申します。今後ともよろしくお願いいたします。

○田中滋座長 ありがとうございます。

では、早速であります。議事に移ります。

本日は、先般行われた介護人材WG小委員会の議論を踏まえて、実証事業の進め方と介護人材に係る能力評価基準に係る論点について議論を行います。

事務局から最初に、お手元の資料1「介護人材WG小委員会について」、資料2「実証事業の進め方について」、資料3「介護人材に係る能力評価基準に係る論点」、それからもう一つ、資料4、6月22日に行われた「介護人材WG小委員会における主な意見」について説明をお願いします。

では、審議官、よろしく申し上げます。

○神田審議官 それでは、お手元の資料に基づいて御説明をさせていただきます。

まず、資料1でありますけれども、小委員会が設置されたということでございます。先ほど御紹介ありましたように、既に第1回を開催いたしております。

メンバー、委員の方については、1枚おめくりいただいたところに出てございますけれども、藤井委員、それから筒井委員、北村委員には、こちらのワーキングと兼ねて委員になっていただいております。

1枚目にお戻りいただきまして、基本的には小委員会の方で具体的な評価基準案の起草等を行っていただくということと、今年度、実証事業を実施することにしておりますので、実証事業の進捗管理等を行っていただくということを考えております。適宜ワーキング・グループの方に御報告させていただくということを進めていきたいというふうに考えております。

それから、2のところスケジュールということでございますけれども、非常に簡単に申しますと、年度後半に実践的スキルの部分についての実証事業を実施したいというふうに考えておりますので、それに間に合いますように、9月までには能力基準の原案を作成することとしたいというふうに思っております。それを踏まえて、最終的には能力基準等を決めていくというスケジュールを考えております。

詳しくは別紙2にもう少し細かいスケジュールが書いてございます。3ページ目をお開きいただきますと、別紙2というのがついておりますけれども、先般一度、

6月22日に小委員会で既に議論いただいております。この後、今日7月7日にワーキングを開いて、議論の内容等を御紹介させていただきますけれども、先ほど申し上げたように、9月までの間に基準原案を作成するという事で考えております。

それから、実証事業についてでございますけれども、委託事業者を公募するという事で、9月末には決定する必要があるという事で、2か月間ぐらい公募期間等を確保するという観点から、今月末ぐらいには仕様を決めていきたいというふうに考えております。小委員会の方で実証事業の進め方等について7月中には取りまとめをして、また御報告させていただきたいというふうに考えております。

それから、先ほど申し上げたように、9月末までに基準原案をつくるという事でございます。10月以降、実証事業を実施していくという事でございます。委託事業者が決まりましたら、具体的に委託事業者の方で評価シートですとか評価手順書、評価者の講習などを実施しまして、実証事業の検証というのを小委員会で行いまして、またワーキングの方にも御報告させていただきたいというふうに思っております。

それから、ワーキング・グループの方では、評価の実施体制、運営体制等について、この間御議論いただき、年度末には基準案を決めてまいりたいというふうに思っております。

その次のページは、今申し上げたようなことを検討項目別に一応落としたものがございます。小委員会の方で検討すべきこととワーキングの方で検討すべき事項というふうに書いてございますけれども、実証事業の進め方、それから評価基準原案については、小委員会で議論したものをこの場で御報告させていただきたいというふうに思っております。

それから、実証事業のモニタリングですとか評価基準案の策定というものについては、小委員会の方で行いまして、ワーキングの方では基準案が確定以降は、評価の実施体制の検討ですとか運営体制の検討ということを中心に御議論いただければというふうに考えております。

資料1については、以上でございます。

引き続きまして、資料2でございますけれども、10月以降実施する実証事業の概要について、現時点での案というのを出させていただきます。

スケジュールについては、先ほど申し上げたようなことでございますので、省略をさせていただきます。

評価方法の流れと、実証事業の中でどのように評価するのかということでございますけれども、お手元の資料6がワーキングで御議論いただいて論点整理したものでございますけれども、ワーキング・グループの論点整理、資料6の3ページ目をお開きいただきますと、これまでの議論の整理としては、評価の実施体制ということについて、事業所とか施設数等が相当数に上ることから、まず事業所とか施設内

部で評価体制を構築する、それから外部評価を行う。外部評価の実施に当たっては、情報公表制度の調査機関等と連携して、同じ施設・事業所に何度も違う機関が入るというようなことにならないような効率的なやり方を考えてはどうかという議論でございました。

それを踏まえまして、資料2のところでは、内部評価については、2の(1)の①でございますけれども、まず被評価者自身が自己評価を行うと。②として、評価者が他者評価を行う。それから、訪問介護については、在宅に出かけて行うということですので、その評価をどうするのかということでは若干違った議論があるかということでもそこに書いてございますけれども、基本的には、被評価者自身が自己評価を行うというのは同じでありますけれども、評価者をサービス提供責任者が行っていただくということにして、今、訪問介護の事業運営基準などにおいては、1つは訪問介護員の業務の実施状況をサービス提供責任者が把握するというふうにされておりますので、同行訪問した際に介護技術の評価をするということと併せて、ii) でありますけれども、訪問介護計画に沿ってサービスが実施されているかどうかを把握する際に、利用者の意見を確認する。これも事業運営基準上は利用者の状態の変化とか、サービスに関する意向をサービス提供責任者などが定期的に把握しなければならないというふうにされておりますので、そういった機会をとらえて、利用者の意見を確認するというようにしてはどうかということにいたしております。

それから、2つ目は外部評価でございますけれども、実証事業の中でどのように外部評価をするかということでもありますけれども、先ほどの論点整理にもございましたように、情報公表制度の調査機関ですとか、福祉サービスの第三者評価機関など、既に一定のノウハウを有する機関であって、レベル4相当の被評価者を評価できる評価者と同等の能力・経験を有する者がいる機関、ある程度高いレベルの評価ができる方がいる機関ということで、外部評価機関を選んではどうかというふうに考えております。

外部評価の実施方法についてでありますけれども、後で御説明させていただきますけれども、幾つかの種類施設、在宅サービスについて実施するというふうになりますので、外部評価についての問題点とかそういうものを施設種別ですとか、サービスの種類ごとに比較検討できるようにするために、外部評価機関には、その後出てまいります特別養護老人ホームですとか、介護老人保健施設、訪問介護、デイサービス、グループホームといった一通りの事業所・施設を評価していただくということにしてはどうかというふうに考えております。

3番目は、実施事業所・施設ということについてでありますけれども、どのように選ぶかということでもありますけれども、最後のページに介護保険サービスの種類というのが出ておりますけれども、施設サービスについては、今、3種類ございま

すけれども、介護療養型医療施設については、経過期間を経て廃止されるということが予定されておりますので、今回の実証事業の中では、介護老人福祉施設、特別養護老人ホームと老人保健施設を選んではどうか。それから、居宅サービスについては、訪問サービス、通所サービス、短期入所サービスというふうに大きくございますけれども、短期入所サービスというのは、基本的には施設サービスと同じでありますので、訪問サービスの中で何を選ぶかということでございますけれども、基本的には介護人材のスキルの評価ということでありますので、医療系のサービスではなくて、介護職員の方が主として行うサービスとして訪問介護を訪問サービスの中から選んではどうか。それから、通所サービスの中では、通所リハではなくて、通所介護を選んではどうか。それからもう一つは、地域密着型サービスの中の認知症のグループホームを選んではどうか。そのほかの地域密着型サービスというのは、その他の在宅サービスに分解できるものでありますので、新しい認知症対応ということでグループホームを選んではどうかということで、その5種類の施設事業所について実証事業を実施してはどうかというふうに考えております。

具体的な施設等については、また関連団体と御相談して選定してはどうかというふうに考えております。また、運営主体で幾つかの施設サービスを実施しておられるところがあるかと思っておりますので、効率性とかいうことを考えると、一つのところに幾つかのことをやっていただくことも含めて御相談させていただきたいというふうに思っております。

それから、その次でございますけれども、対象者と人数をどの程度ピックアップするかということでありますけれども、対象者の人数、標本数というのはある程度確保する必要があるのではないかとということと、先ほど申し上げた外部評価の観点ということから言いますと、47都道府県にばらけて対象の施設・事業所をピックアップしますと、非常に外部評価がしにくいということがございますので、特定の都道府県に絞って対象をピックアップしてはどうかというふうに考えております。

その次のページでございますけれども、これは小委員会に出した段階では、ここに書いてございますような形で標本数を選んではどうかということで御提案させていただいております。全体としては800程度の標本を選んではどうかということで、各マスが書いてございますけれども、ホームヘルパーの2級研修が終わった方、介護福祉士になっている方、その中でも養成施設を卒業された方と実務経験を積んで国家試験に合格された方というふうに分けてピックアップしてはどうかというふうに考えております。

ただ、これにつきましては、資料4をごらんいただきますと、小委員会でこういう議論があったということで御紹介させていただきますと、まず、データ数について、800という程度では各マスごとのデータ数が少な過ぎるのではないかとというようなお話、それから、もう少しマスのくくりを大きくしてもいいのではないかと

うお話がありました。それを踏まえて、もう少しくくり方についてはまとめてはどうかというふうに考えております。

例えば介護福祉士に実務経験ルートで国家試験に合格したという実務者ルートの方について言いますと、もともと3年の実務経験を経ているわけですので、その方をまた資格取得後1年、1～3年、3年と分ける必要はないのではないかとこのことがありますので、ここは大きくくりで2つぐらいに分けて、資格を取得されて間もない方とそれ以外の方というような形で分けるようにしてはどうか。それから、サービス提供責任者とか主任といったところについては、これももともとある程度経験を積んでおられる方が多いということが考えられますので、ここも担当につかれて1年以内の方とそれ以外という程度にある程度大きくくりに分けて修正したいというふうに考えております。

ただ、完全に統計的に解析ができるというレベルの標本数まで集められるかどうか予算の関係もございませうけれども、具体的に設定した評価基準について、各マスごとにおおむね念頭に置いているレベルというのが書いてございませうけれども、レベル感として妥当かどうかというようなことについては、見きわめができる程度の標本数を集めるように、予算との関係はありますけれども、努力したいというふうに考えております。

それから、ちょっとお戻りいただきまして、資料2の方で、マスの下にアスタリスクで書いてございませうけれども、介護福祉士の養成施設において介護実習を履修中の方についても、同様に評価が行えるかどうかということをチェックしてどうかというふうに考えております。

これは、この場の議論としても、養成施設を出て介護福祉士になったばかりの方がレベル3かどうかというような御議論がありましたので、この点について、例えば介護福祉士養成施設を出た方にそのままレベル3を付与するということであるとしませうと、同程度のことが養成課程でチェックできているのかどうかということを一応検証する必要があるのではないかとこのことで、実習の課程の中でも同じようなチェックができるかどうかということを実証事業の中でやってはどうかというふうに考えております。

この点については、また先ほどの資料4に戻っていただきませうと、議論として、「資料2 実証事業の進め方について」の下の丸の3行目ぐらいから書いてありますけれども、養成校の中では基本を教えているんだ、移動動作をするということであれば、ちゃんと利用者に同意をとったかとか、座っている位置はどうかということを確認させているということだけれども、介護現場に行くと、そういう基本ということよりも、むしろ立たせることができたとかできないとか、そういう評価になっているのではないかとこの御議論がありました。要は、できたかできないかだけで評価されるということであると、実習の中では学生はなかなかそういうことはで

きないのではないか、同じような評価をされるとなかなか難しいのではないかと
いう議論がございました。ただ、レベルの考え方としましては、レベル2の中で低い
方は、マニュアルに従って決められたことができるということがレベル感として整
理されておりますけれども、レベル2の②になりますと、一定の応用力があるとい
うふうになっておりますし、レベル3というのは、更に状態に応じた知識とかを踏
まえて、きちっとした介護ができる能力というふうにされておりますので、やはり
応用力が問われるということになりますので、介護実習の中でも、全体で言うと
450時間ということですので、3か月近い実習が行われるわけでありましてけれど
も、大体3か所とか5か所で実習されているというふうにお聞きしておりますけれど
も、例えば1か月程度、同じところにおられるということであれば、そこで評価し
ていただくというようなことも検討できるのではないかとこのように考えており
ます。

それから、評価に当たっては、できたかできないかということだけではなくて、
基本を無視して応用だけやらせているというようなことにならないように、あくま
でも基本を押さえたものにしていく必要があるというような意見が出ております。

また、資料2の方にお戻りいただきまして、評価者についてでありますけれども、
評価者については、今回の中では5の(1)の①のところがございますけれども、
アセッサーとしては、今の介護実習施設の実習指導者Ⅱ、実習指導者Ⅱというのは、
比較的レベルの高い実習ということで、ここに書いてあります、介護福祉士として
3年以上実務に従事した経験があって、実習指導者研修課程を修了した方というの
を念頭に置きながら、ただ、そういった方だけですと確保できないということも考
えられますので、サービス提供責任者とか主任といった部門のリーダーになってい
る方についても評価していただければどうか。それから、そもそもサービス提供責
任者とか主任の方のアセッサーとしては、より上位に位置する介護部門のリーダ
ーの方に評価していただくということにしてはどうかというふうに考えておりま
す。

それから、(2)でありますけれども、評価者の事前講習についてということで、
先ほど申しましたように委託事業者が決まりましたら、評価手順書とかはきちっと
作成して、事前に説明する機会を設けたいというふうに思っております。

それから、4ページ目でございますけれども、検証事項とその方法ということ
でありますけれども、レベルの定義の妥当性ですとか、評価項目の信頼性、だれがや
っても同じような、人によってばらつきが出ないのかどうかというような信頼性、
それから、評価方法の妥当性、外部評価手法の妥当性などについて検証いたしたい
というふうに思っております。

検証の方法については、評価シートの収集・分析、それから、評価をした方、さ
れた方のアンケート調査、場合によっては、更に聞き取り調査などを行って検証し
ていきたいというふうに考えております。

それが実証事業についてでございます。

資料3でございますけれども、小委員会で今後議論していくということで、具体的な基準案を策定していくに当たりまして、基準の論点ということで一度議論したものでございます。基本的には知識については、既存の養成課程等で既に確立されておりますので、そういったものを履修しているかどうかで判断していきたいということですので、実証事業の中では「できる」の部分の基準について実証していきたいというふうに思っております。

(1)の目標についてであります。実際に事業所・施設で使っていただけるような「汎用性のある」「OJT ツールとして、現場感覚に合った有効なもの」としていきたいというふうに考えております。

まず、現場感覚に合った有効なものということで、施設とか事業所において、どのような能力がある人なら、そのレベルに合った人として採用しているのかとか、あるいはどういうことを OJT 目標にしているのかということについて、ポイントを抽出してはどうかというようなことですか、あるいは汎用性のある基準ということで、今の職業能力評価基準というのが、既に在宅サービスについて設けられておりますが、訪問入浴ですとか通所介護ですとか訪問介護といったサービスごとに細切れになっておりますので、在宅・施設を問わず、介護職として働いていく上で必要な職業能力を評価するような汎用性のあるものにしていきたいということでございます。

2つ目のところで、在宅・施設で共通の代表的な介護技術の評価するものとする。今申しましたように、施設・在宅を問わない評価基準にしていくということでありますので、共通の代表的な介護技術としてどのようなものを評価すればいいのか、それから、能力差が出ないものを繰り返し評価しても余り意味がありませんので、むしろ能力差が出るようなものとしてはどのようなものがあるのかというような論点。それから、(4)にありますけれども、非常に分厚いような評価ツールということになりますと、現実的に OJT ですとか、あるいは外部労働市場で使っていただく、最終的にはジョブ・カードに記載して、外部労働市場で再就職活動にも使えるということを念頭に置きますと、余りに膨大なものでありますと、現実的に OJT としても使えませんし、外部労働市場で使うということからいっても不適當でありますので、そういったことを念頭に置いて、そのレベルをよくあらかず代表的なポイントに絞って基準化をしていってはどうかというようなことを議論させていただいております。

2 ページ目でございますけれども、利用者の視点ということで、利用者の視点から見て、質の高いサービスとして訴求できるわかりやすいポイントである必要がある。利用者の視点から見て、どのようなものをピックアップするのかということでもありますけれども、コミュニケーション能力ですとか、本人・家族への情報提供・

意向確認・反映、利用者の状態変化への対応、緊急時対応など、幾つかのポイントが考えられますけれども、どのようなポイントを抽出して基準化すべきか。

それから、(6)でありますけれども、イエス・ノーが明確ということで、はっきりと判断できるような、抽象的なものでありますとかなり評価者によってぶれが生じますので、だれがやっても再現性があるような信頼性のある基準にしていく必要があるということかと思っております。

(7)の中で、地域包括ケアを担う人材育成ということで、地域包括ケアを担うために、それぞれのレベルの介護職員に求められる能力として、どういったものを評価する必要があるのかということでございます。

お手元に参考資料2と3というのが今回参考におつけしてございますけれども、参考資料2は、先般6月22日に介護保険法の改正案というのが成立いたしましたけれども、一番最初に医療・介護の連携の強化というようなことが書いてございますけれども、今回の法改正の目的も、地域包括ケアの実現に向けた取り組みを進めていくということで、介護保険事業計画という市町村が策定する計画についても、日常生活圏域ごとに地域のニーズや課題の把握を踏まえて計画を策定するといったことですか、地域包括ケアを念頭に置いて、できるだけ地域で暮らしていけるように、24時間対応の定期巡回、随時対応サービスですか、複合型のサービスを創設するというような改正が成立したということでございます。

お手元の参考資料3の方は、復興構想会議で出されている復興への提言でございます。6月の末にまとめられておりますけれども、その中でも、復興の考え方の中で、第2章の(1)の五、六行目に書いてございますが、被災地において地域包括ケアモデルというのをつくって、それを全国に展開していったらどうかということが触れられております。

(2)のところをごらんいただきますと、「被災市町村の復興にあたっては、従来の地域のコミュニティを核とした支えあいを基盤としつつ、保健・医療、介護・福祉・生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアを中心に据えた体制整備を行う」。それから、更に下の方でございましてけれども、こういった保健・医療、介護・福祉の分野というものは雇用創出効果が高いことから、復興に向かう地域の基幹産業の一つに位置づけることができるといふことと、その下に書いてございますような、多様な訓練機関を活用した職業訓練などを行い、それらの分野を担う人材育成を進めるということが書かれてございます。

更に、次のページの上から五、六行目でございましてけれども、被災地におけるこうした取り組みというのを将来の少子高齢化社会のモデルとして位置づけ、被災地以外においても、「地域包括ケアモデル」へと転換を図ることが望ましいということが言われております。

それから、その下の(4)のところではありますが、今、被災地における雇用とい

うことで言いますと、緊急時の雇用ということで、どちらかというところ、瓦礫の処理ですとか災害復旧事業において、職を失われた方々をできるだけ雇い上げるようにというような取り組みをしておりますが、本格的雇用に次第に移していく必要があるということで、本格的な雇用ということになりますと、そこに書いてございますように、被災地において産業の復興をしていかないと本格的な雇用が生まれてこないということで、農林水産業、製造業、観光業の復興、更には、新たに再生エネルギーなどの新産業の導入などが雇用復興のかぎである。これらの政策と一体となった雇用面からの支援が不可欠だということで、その次のページのところに、こうした地域の産業の高度化や新産業創出を担う人材の育成、職業訓練の充実などの取り組みを支援することも大切だというふうにされております。

この中で言いますと、介護については、「地域包括ケアモデル」というのを被災地で構築して、それを全国に広めていってはどうかということがうたわれておりますけれども、同じ中では、水産業の復興等に当たっては、6次産業化等の視点が不可欠であるといったことですか、環境エネルギー産業の創出ですか、節電努力ということも求められておりますので、実践キャリア・アップ戦略で養成することとしているほかの分野の6次産業ですか、カーボンマネジャーといった分野の人材育成ということも、こうした産業を担っていく人として養成していく必要があるということだというふうに思っております。

ちょっと長くなりましたけれども、お戻りいただきまして、今申し上げたように、新しく改正法も成立いたしましたし、復興の提言の中でも地域包括ケアというものを担う人材を育成していく必要があるというようなことが言われておりますので、(7)でありますけれども、今申し上げたような視点というのを新しい人材の視点として入れていってはどうか。特に地域包括ケアということになりますと、多分、施設とか事業所で中心になるのはレベルの高い人ということになるかと思っておりますけれども、ただ、レベルに応じた貢献というのがあるのではないかと。例えば、地域の配食ですとか見守りのニーズがある方がいるとすると、レベルの高い方は具体的に関係機関と調整してサービスを組み込むということかと思っておりますけれども、レベルの低い人はそういうニーズを把握したら、そういった調整ができる人にきちんと、事業者組織として受けとめて、つなげて報告するといったレベルに応じた地域包括ケアへの貢献というのにはあり得るのではないかと考えております。そういう視点というのを新しい基準の中に取り入れていってはどうかというふうに考えております。

それから、2のわかる(知識)のところについてでありますけれども、レベル1につきましても、ホームヘルパーの2級研修修了者でどうかというふうに考えております。新しく初任者研修というのが設けられれば、それが修了した方というふうになるかと思っております。それからまた、論点整理の中で、諸外国における保

健・医療・福祉の基礎資格の共通化の取り組みを参考に、共通化できるようなものについては、そういうことを視野に入れて共通化を図っていったらどうかということが言われておりますので、これについては、厚生労働省の方に、初任者研修の中で養成課程については、共通化できるような項目設定にさせていただくように申し入れをしていきたいというふうに思います。

それから、レベル2の知識の部分についてはどのように考えるかということでありましてけれども、今後は実務経験ルートの方についても、実務者研修を経て国家試験に合格した方が介護福祉士になっていくということではありますが、新しい実務者研修の内容については、秋ぐらいにパブリックコメントをする予定というふうに聞いております。それを踏まえて整理していく必要があるというふうに思っております。

レベル3については、基本的には介護福祉士試験に合格した方ということで、知識の方は整理してはどうかというふうに考えています。

それから、レベル4について、サービス提供責任者とかリーダーとか主任と呼ばれる方を念頭に置いておりますけれども、これについては、どのような考え方にするのか。座学を求めるかどうかということについても議論が必要かというふうに思っております。

今申し上げたようなことについて、小委員会の方で議論していただきましたが、先ほどの資料4の裏側をごらんいただきますと、これについて小委員会ではこのような議論があったということでもありますけれども、まず、OJTツールとして現場感覚に合った有効なものとか、汎用性のある基準にしてはどうかということについてであります。実態として、今、採用に当たっては、能力の基準で採用しているということではなくて、介護福祉士資格があるかどうかと経験年数ぐらいで採用している。それから、OJTのツールとしては、社内とか業界でさまざま基準があるけれども、統一的な基準になっていないということですので、今回の基準の中でむしろ同じレベルの方であれば、どこに行っても一定の評価が与えられるような基準をつくっていく必要があるのではないかというように意見が出ております。

それから、2つ目として、評価基準をつくっても、かなり組織やシステムの違いによって介護技術が異なる場合があるけれども、その点についてどう考えるのかという議論がございました。その下に矢印が書いてあるのは、事務局なり委員の方からこのように答えているということでもありますけれども、レベルの高いしっかりした施設とか事業所とそうでないところでは、個人の資質についても影響を与えるのではないかということがございましたけれども、おっしゃる点はそのとおりかというふうに思っておりますが、少なくとも今回の制度をつくる中では、先ほどから申し上げているように、評価するアセスメントの体制はきちっとつくっていただくということにして、ある程度のレベルを一定のマニュアルに従って評価するというこ

とを確立するということはしていきたいというふうに思っております。

それから、組織とかシステムに固有のローカルな知識・技術についてまでは対応することは難しいということでもありますけれども、先ほどの議論にもありましたけれども、介護技術が根拠を持って行われるように、一定以上のレベルのところに合わせて評価基準となるようにしていく必要があるのではないかというような議論がされております。

それから、介護技術の評価といっても、施設・在宅ですとか、規模等によって違いがあるということで、労働移動を見越した汎用性のある技術をまとめていくということであれば、介護の専門職としてどうあるべきか、ある程度絞り込んでいかないと難しいのではないかと。確かに施設や在宅あるいはそれぞれのサービス種類ごとにかかなりのバリエーションがありますので、絞り込んでいく必要があるのではないかとというような御意見がございました。

それから、アセッサーについては、アセッサーに対するきちとした教育が必要だというような御意見が出されております。

実証事業と評価基準について、一度御議論いただきましたけれども、今申し上げたような論点が出されているということでございます。

私の方からは、以上でございます。

○田中滋座長 ありがとうございます。

では、皆様方からの意見を伺います。

いつものように委員だけではなくて、省庁の方、あるいは専門タスクフォース委員会の方もどうぞ御自由に御発言ください。小委員会を一回開いていただいた藤井委員、筒井委員、北村委員もつけ加えることがあればお願いします。

初めに、資料2だけに絞って少し話をさせていただきますと、資料2をめぐって質問や御意見があればお願いいたします。

どうぞ、河原委員。

○河原委員 小委員会が立ち上がったということで、これから大変ややこしいお仕事をされることで、本当に敬意を表して、感謝を申し上げたいと思います。

そこで、確認をしておきたいんですけども、ちょっとわからないところがございますので、まず、資料2からいかせていただきます。

わからないというのは、評価方法の流れなんです。内部評価と外部評価ということなんですが、これは内部評価した後に(2)の外部評価に移動を2つするという意味でよろしかったのか。

それから、(1)の内部評価の中で、「常時近くにいる評価者」というような言い方がありますが、常時近くにいる評価者とは一体どういう方を指すのかということ。

それから、評価方法の中で(1)の下の方の②の利用者の方に意見を確認することなんですけれども、こういった確認の方法は一回で終わりなのかどうなの

か。3回ぐらい御意見を聞いて、その方の能力を評価するのか、それと、利用者の方によっても、その日その日で状態が違うので、評価するに当たっては、1日だけのことを評価しても正しい評価にならないんじゃないかなというふうに思いましたので、その辺はどういうことなのか、聞かせていただきたいなと思います。

それから、2ページの実施事業所、いろんなことも議論されて、例えば実施事業所とか施設の中で、施設サービスあるいは居宅サービス、居宅サービスの中の訪問サービスは、訪問介護をこのように評価すれば大体のことがわかるんじゃないかということなんですけれども、これを見ると、例えば入浴サービスだけをしている人がいたとするならば、入浴サービスだけをしている人はそういった技術の評価はされないままずっといくのかとか、そういうことをちょっと細かいことなんですけれども、お聞きしたいなと思いました。

○田中滋座長 3点あったと思います。資料1の別紙2ですか、これはスケジュールなので、これももし一緒にあれば質問でもいいですよ。

○河原委員 よろしいですか。

○田中滋座長 資料2の頭のところのスケジュールと同じですから。

○河原委員 そうしますと、資料の別紙2なんですけれども、これから小委員会の方が6月から9月まで能力評価基準原案を作成されるということなんですけど、この原案に対して、9月末に介護人材ワーキング・グループが評価基準原案を承認するというふうなスケジュール案なんですけれども、これは御苦労されてつくられたものについて、こちらの方で御意見を申し上げたり何かを確認するというのは、この一回ぼっきりなんですか。もしそういうようなことで考えられているのであれば、私も働いている仲間にいる意見も聞いてみたいなと思いますので、もし9月末に評価基準原案の承認がここでしかとれないということでしたら、事前に何かペーパーをいただくと、この原案を承認するときにも幾つか意見が言えるんじゃないかと思いますので、そういうこともよろしくお聞きしたいなと思います。

○田中滋座長 4点ありましたので、お願いします。

○神田審議官 まず、内部評価と外部評価と両方やるのかということでもありますけれども、基本的には両方やるということ考えている。この点については、職業能力を共通言語化して労働市場で使えるようにするということからしますと、先ほど来、小委でも出ておりますけれども、施設や事業所によってかなり違うのではないかという意見もありますので、やはり外部評価というのをしないと、かなりレベル感がそろわないということが考えられますし、それが施設や事業所によってかなりばらつきが出るということになりますと、この制度に対する信頼性そのものに影響があるというふうに考えますので、論点整理の中でも外部評価は基本的にすることによってされておりまして、外部評価も実施するというように考えております。

ただ、外部評価のやり方についてはどのようにするのかというのは、例えば1つ

の施設で 50 人の職員の方がいるのを、内部評価と同じように外部評価に行った方が 50 人全部をやるということであるとすれば、それは当然実務が回らないというふうに考えておりますので、どのようにやるのかということは、現実的に考えていく必要があるのではないかと。そのやり方としては、これまで例示的に申し上げているのは、例えばアセッサーの方にこの施設なり事業所でどのような評価方法で評価しているのかというのをきちっとお聞きする。

今考えていますのは、OJT の目標として具体的なスキルの目標を立てていただいて、1 か月とか 2 か月間、それをチェックしていただいて、その結果を記録に残していただいて、外部評価に行ったときには、記載されたものに基づいて正しい評価がされているのかをチェックする。場合によっては、抜き取り的に何人かの方に実際にやっていただくというようなことも考えられると思いますけれども、現実的にはきちっとされているということをいかに担保するかということを考えていきたい。場合によっては、例えばある施設や事業所で行った評価がレベル 2 ということで評価されているけれども、現場的に見たら、とてもではないけれども、そのレベルにたえない方にレベル 2 という評価がされていたということであれば、そういった施設・事業所に入って評価したアセッサーの方をもう一度、どういうやり方でやったのか、書類としてきちっと記録が残っているかどうかチェックする。そういったことも含めて、いかに効率的にきちっとされているということを担保するかということを考えていきたいというふうに考えております。

それから、評価者が常時近くにいるとかいないとかというふうに書いてありますが、訪問介護というのは、基本的には行かれるときには通常は一人で行かれますので、施設内で多くの方が相互に能力が評価できる状態とは少し異なりますので、訪問サービスについては別途の視点が要るのではないかと。ここで言うと、外部的な他者評価ができる機会としては、ここに書いてあるようなことが考えられるのではないかと。ここで、常時近くにいるとかいないとかいうことについては、それほど重きは置いておりませんが、ただ、通所サービスとか施設のように常に評価者が近くで見ていることはできませんので、それはここに書かれているような方法で評価してはどうかということを考えているということでもあります。

それから、訪問入浴サービスについてどうするのかということでもありますけれども、これは一番最初から繰り返し申し上げているわけですが、今、職業能力評価基準としては訪問入浴、固有のものがありますけれども、訪問入浴だけの能力評価をしても、それは汎用性のある基準にはなかなかかなりにくいのではないかと。ただ、訪問入浴の中にも共通の介護スキルというのは当然含まれているんでしょう。この後、筒井委員からもお話が、きょう出されている資料にもありますけれども、訪問入浴する中では、入浴のスキルもあれば、移動とか移乗のスキルもあれば、コミュニケーションのスキルも当然問われるわけです。

ので、そういった中で共通のスキルを抜き出して評価することによって、訪問入浴においても評価はできるのではあるというふうに、できるだけそういう共通の部分抜き出して評価するような形にしてはどうかというふうに考えております。

それから、最後のスケジュールについてでありますけれども、1回で決めるということについて難しいということであれば、途中経過を報告させていただくなり、ワーキングの委員の方々にも原案をお示しして御意見をいただくようなことも検討はさせていただきたいというふうに思います。1回で無理に決めるということを考えているということではございませんので、そこは手続についてはよく御相談させていただきたいというふうに思っております。

○田中滋座長 よろしいですか。

○河原委員 もう1点。

利用者の意見を確認することとしてはどうかというようなことから含めまして、関心のある、非常に興味深い評価方法だとは思いますが、こういったことに関しても、利用者の方の毎日の状況はいろいろ違ったりだとかしますので、意見を確認するというのも含めて、評価するときには1回で終わりなのか、複数回されるのかとかというようなこともちょっとお聞きしたい。

○神田審議官 基本的には、OJTと連動させるというようなことを念頭に置いていますので、例えば介護スキルについても1回というよりは、1か月、2か月のタームで評価するというふうに考えています。私も、サービス提供責任者はどの程度の頻度で利用者宅に行かれているのかとか、その辺は必ずしもよくわかりませんが、具体的な基準によっては、利用者の意見をどこまでお聞きするようになるのかという、基準との関係もあろうかと思っておりますけれども、1回というよりは、ある程度の期間を見ながら評価するというのが基本だとは思っております。

○田中滋座長 どうぞ、田中委員。

○田中委員 評価者の能力要件について、ここでは、1つには介護福祉士養成実習施設実習指導者Ⅱの要件を充たした方がなるということと、それから、もう一つは、サービス提供責任者、主任などというふうになっておりますが、ここには書いていないんですが、我々介護福祉士の方でもう既に評価といいましょうか、実は役割を果たしている状況にあります。それは、御承知のように、介護福祉士の国家試験には実技試験がございます。平成16年でしたと思いますが、当時、介護福祉士を受験される方が非常に多い、実技試験に対応できないという状況の中において、介護技術講習会が開催されるようになりました。介護技術講習会には、その講座は1クラス40人なんですけど、まず介護技術講習主任指導者がいるということと、そのもとで5名の指導者養成講習を終えた者がいる、この約6名のグループによって40人を教育していくというシステムになっています。これが介護技術講習会の大体の中身なんですけど、実はもう既に私ども日本福祉介護士会だけでもこういった技術主

任指導者講習会を修了された方々が約 700 名近くおりますし、また、指導者養成講習会を終えた方々についても 2,300 人を超える方々がおります。実はこの方々は、先ほど言いましたように、国家試験の実技試験にかわる介護技術講習会の指導者であるということと、もう一つは、介護技術講習主任指導者を終えられた方々は、国家試験である実技試験の試験員の要件でもあるわけです。もう既に実務で 10 年以上経た者、あるいは 5 年以上経た者がそれぞれ何らかの役割を果たしている、またそのようなスキルを持っていると思いますので、ここに新たな能力要件として、介護技術講習会の主任指導者及び指導者講習を修了した者といったものを入れることを検討していただければと思います。

○田中滋座長 多分、おっしゃられている方々は、かなり能力が高い方ですので、当然満たされると思います。例示として挙げることについては、そのようにさせていただければとは思いますが、実際の制度運用をしていくときになりますと、例えば 700 人とか 2,300 人ですと大変ですので、今回、実証事業の中ではそういった方がおられれば、ぜひ御協力いただければと思います。

○田中委員 今回の数につきましては、日本介護福祉士会として養成した人たちで、別に指導者養成講習会を終えられた方については、実は介護福祉士養成協会の方でも相当数の方々を養成しております。そうでなければ、各養成校で行っている介護技術講習会は開催できませんので、決して今、3,000 名の方々という話をしているわけではありません。養成校の方で各施設 1 もしくは 2 以上の方々がそういった講習を終わられているというのが実態ですから。

○田中滋座長 どうぞ、ほかの方。

亀山委員、お願いします。

○亀山委員 2 ページの 3 の実施事業所・施設ということで、汎用性のある職業能力の評価を行うということで、5 種類の対象が表示されております。おおむね施設サービス等々、介護保険関連の施設、高齢者施設だと思うんですけども、介護となりますと、障害者の方々も介護の対象になっているかと思えますし、今、自立支援法が変わりましたけれども、従来の療護施設、そういうところもかなり介護サービスをやっておられますので、ある程度汎用性のあるというところで考えた場合には、障害者系の施設も含ませていただければどうか。

それから、2 の選定方法、そこでも特養とか複数運営というところでも、障害者系の支援施設等々複数運営している法人もかなりありますので、可能な範囲で調査はできるのではないかと思いますので、御検討のほどよろしく願いいたします。

○神田審議官 障害者の施設を入れることについては、検討させていただければというふうに思っております。

○田中滋座長 資料 2 に関しては、いかがでしょうか。

○藤村専門タスクフォース委員 資料 2 の 3 ページ目のところで確認をさせてい

ただきますが、ホームヘルパーの2級研修を修了した方は、「わかる」のところはそれでいいと思いますが、ここでは実証事業の中でレベル1のところは人数が書かれていますので、事務局提案のように、できるということをここで検証するというところでよろしいですね。

○神田審議官 基準案が今できているわけではない中で考えておりますが、初任者研修なり2級研修を終えた方のスキルが新しくできた基準でどの程度かというのは、実証事業の中で把握しておいた方がよいというふうに考えております。

○田中滋座長 山田委員。

○山田委員 この制度で重要なのは、使いやすさということの一方、客観性というか、信頼性ということだと思ふんですね。そういう意味では、今回のあれで外部評価と内部評価というところはやはり重要だと思います。

それで、外部評価のところと言うと、先ほど少しお話があったと思うんですけども、1つはアセッサー自体の評価、教育というか、きちっとしたレベルというのが重要ですので、外部評価のところは先ほど審議官おっしゃったように、アセッサー、その人のヒアリングとか評価というようなことを多分やっていかないとだめだということと、それともう一つは、イギリスのNVQなんかの例を見ていると、実際、ユニット制で記録をとったのを全部別の評価機関がチェックしていますね。それをやっちゃうと、ちょっと大変かなとは思ふんですけども、最初は少なくとも、ちょっとおっしゃったような抜き打ちのようなものをやらないとだめなんじゃないか。ですから、アセッサー自体の評価というのと、評価書とか評価した者に対する評価、当面抜き打ちでいいと思うので、そこをやはり二重でやっていかないとだめなんじゃないかというのが1点です。

それから、内部評価のところ、まさにこの資料でいきますと、4ページの6のところは評価の信頼性、だれがやっても同じ評価かどうかということだと思ふんですけども、これは実証事業のときに、例えばヘルパーになろうと思っている方を複数評価してみる、そういうようなことをやっていくと、プログラムというのはいまいになっちゃうのか、あるいはよりレベリング、客観性の高いような評価のプログラムというんですか、評価の具体的なプログラムはどうしたらいいのかというのがわかってくるんだと思います。要は、評価者が評価される人を複数評価するというふうなプロセスを最初に入れた方がいいんじゃないかなというふうに思います。

もう一点は、質問というか、2ページの4、実証事業の実施に当たっては、10程度の県を対象とすると。御説明あったように、恐らく全部ということは効率性の観点から難しいと思ふんですけども、このときにやはりタイプがあるので、例えば大都市部と、特に今回の被災地のところで地方、そこで何か根拠づけをして幾つかのパターンでこういうふうにとするとされるということが重要なのかな。あるいは

そういうふうを考えていらっしゃるのかというところをちょっとお聞きしたいと思います。

○田中滋座長 2点御提案と1点御質問ですね。

○神田審議官 外部評価の御提案については、我々もおっしゃられるようなことが現実的ではないかというふうを考えておりますので、そこは御提案を踏まえて、具体的な評価の手順書みたいなものをつくっていくこととなりますので、その中に反映させていきたいというふうに思っております。

それから、内部評価のところを複数やるというのは、先ほど申し上げましたように、同じレベルの方についても、3ページ目にありますように、かなりの人数をやっていただくことでは考えておりますので、同じ評価者の方が1つの事業所とか施設で何人かの方に評価は当然やっていただくということでは考えております。

それから、10程度というふうに書いてございますけれども、ここに書いてある意味というのは、例えば1マスに施設で20人とかいうふうに書いてありますと、施設が2種類ありますので、例えば10ぐらいの施設を選ぶとすると、それを47都道府県にばらしてしまうと、外部評価に行くのが、隣の都道府県とかに出かけていくということだと、かなり非現実的になりますので、ある程度集約したところで、外部評価機関も一通りの施設とかサービスについて評価してみて、この施設はよく評価できるけれども、この在宅サービスの外部評価は難しいとか、そういうことを検証したいということでもあります。

御指摘の地域性については、全国的なブロックの問題もあると思いますし、大都市部とそうでないところとか、御指摘のような点も踏まえてピックアップするようになりたいというふうに思います。

○田中滋座長 砂原委員、お願いします。

○砂原委員 意見というか、お願いでございますけれども、実証実験は非常に大切だと思いますので、きちんと評価ができるような体制をつくるように検討を進めていただければというふうに思います。

今、幾つか意見が出ておりましたように、だれがどういう形で受けても同じような評価がされるような客観的なものを、シンプルにつくることが大切であると思います。制度をシンプルにすることで、いろんな運用コストも下がると思いますし、受益者としてもメリットがあるという形になると思いますので、そういうようなものを心がけていただければと思います。よろしくお願いします。

○田中滋座長 ありがとうございます。

今村委員、よろしくお願いします。

○今村委員 今、幾つか実施事業所・施設の選定方法等についてもコメントがありましたけれども、現場の感覚では、施設サービスと居宅サービスは、提供される介護サービスが全く異なりそれぞれのサービスから選定する必要があると思います。

さらにもう一つ加えるとすれば、これから地域包括ケアシステムの構築ということですが、既にある程度地域包括ケアができていいる地域もあるかと思ひます。そうすると、そういう地域からも選定してはいいかでしょうか？また、その際は、アセスメントについては、なんらかの工夫をする必要があるのではないかと思ひました。

以上です。

○神田審議官 2点目の御指摘については、非常に示唆的だというふうに思ひておひります。地域包括ケアの評価項目をつくっても、全くできていないところだけでやってみても、うまく評価ができない可能性がありますので、御指摘を踏まえて、進んだ地域をぜひ取り入れるということは検討させていただければと思ひます。

○田中滋座長 中島委員、どうぞ。

○中島委員 私も、先ほど来話題になっております評価項目の信頼性、客観性というところで、だれがやっても同じ評価になるかどうか、ここが現場で使っていくときに客観性が問われるのかなと思ひます。その意味で、先ほど複数の対象者を見るという御指摘もありましたけれども、同じ対象者を複数の評価者が見てみるということも、実証という意味ではぜひ試してみたいというふうに思ひておひります。

○神田審議官 御指摘の件も検討させていただきたいというふうに思ひておひります。

○田中滋座長 中山委員、どうぞ。

○中山委員 先ほど地域差の話が出たんですけれども、例えば私は青森県なんですけれども、24時間の訪問介護ですか、県内で、実質ここ1年半全く国保連に請求がありません。1年半もそういう実態がないという状況があるわけですね。つまり地方と都市というのは、そんなに差があるということ。それから、先ほどの規模的な問題だとか、地域的な大都市、地方都市、そういう格差、それをどうこれに反映していくのかということが非常に難しい問題でしょうけれども、それはよく考慮していただきたい。

それから、1から7になっておりますけれども、実質、皆さんどうでしょうか。現場では、恐らくは1から2の方が大変多いと思ひます。特に都市部ではほとんどそうじゃないかなという感じがしてならないんです。ですから、実質的にどのくらいの対象者がいるのか、それに基づいて、対象者780名と書いてありますけれども、そういう案分をしてはいいかかなという感じがいたします。単純に20名になっておりますけれども、それも考慮していただければなと思ひます。

○神田審議官 ここで言っている800名というのは、先ほど申し上げたように、ちょっとマトリックスが多すぎますので、もう少し簡素にしたいというふうに思ひておひりますけれども、分布として、今現状で要る実際の介護スキルの実態を反映した

というよりは、むしろ新しくつくります基準それぞれが、例えばレベル3というのが介護福祉士の養成施設を卒業したての方についてうまく当てはまるのかどうかというようなことについて検証するために、どの程度の標本が必要かという観点で選んでいます。そういう意味では、実際に始めてみると、おっしゃられるように、多分レベル1とか2の方が非常に多いのかとは思いますが、考え方としては、大体レベル感が妥当かとか、基準はちゃんと信頼性があるのかとか、そういうことのチェックのためにここでは標本数を選んでいるということですので、必ずしも分布を反映させるという考え方では選んでおりません、実証事業ということですので。

○田中滋座長 実証事業を踏まえた実態調査、本当に調査する段階になったら、地域性なども重視すべきですが、今は地域などよりも、そもそもこのシステムが使えるかどうかの実証段階なので、この段階では地域差の調査は主目的ではないこととなりますね。

筒井委員、お願いします。

○筒井委員

先ほど神田審議官からもお話がありましたが、参考資料のことを少し説明した方がいいかと思っておりますので、参考資料1について説明させていただきます。介護保険制度の要介護認定を構築するときに、24時間の1分間タイムスタディというのをやりました。その際に、介護行為を測定するためにケアコードを約560コード作成しました、これらのコードの中で、例えば、入浴の介護行為というのは、一番最初のページに示しましたように、コードによって介護行為を分解して示すことができます。例えば、「入浴理解」、「入浴への説明誘導」というのは、入浴するときに必ず職員の方がしなければならないことと考えて、このコードは作成されています。利用者に入浴をしてもらうために、介護職員が実際にやっていることは多様です。単に、お風呂に入ればよいというわけではないことが、この図からは理解できるようになっています。基本的に、介護職員さんたちは、居室から浴室に連れて行って、着がえさせてという、非常に複雑な介護行為を積み重ねることで、利用者の入浴が可能となっているわけです。先ほど申し上げた要介護認定の基礎的なロジックを作るためのデータは、このコード化された介護行為を測定することで得たものです。

そして、このタイムスタディ調査のデータが3ページ目にお示したものです。これは、特別養護老人ホーム、在宅のデータを抜き出した資料ですが、これまで、こういったタイムスタディ調査は、在宅、特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービス、訪問介護、訪問看護、介護力強化病院、老人保健施設、回復期リハ病棟、急性期病棟、と多様な場所で実施してきました。その次のページを見ていただきたいんですが、入浴介護手順に、例えば「入浴理解」とか「入浴の説明」、「誘導」というのは、C84と示された中分類のコードと示されています。「観察・測定・

検査」とか、「コミュニケーション」とか、こういう行為は、すべてコード化されています。これをコード別に分析します。そうしますと、利用者に対して、こういう介護行為を何分やったか、やらないかという分析と一緒に、職員は、一日で、こういう介護行為を何分やったか、やらないかという分析が同時にできます。その次の表をみてください。この表に黄色にマークされた箇所があります。これは、特養の介護職員が、日々、必ずやっている介護行為を示しています。C59 というコミュニケーション、これはすべての職員がやっておりますので、100%やっている介護行為ということの意味します。次に「清潔・整容」という分類に入る介護行為については、清潔を保つ介護行為がだいたい20コードありますが、介護職員で、この介護行為をやっていたのが96.8%でした。「更衣」も多くの介護職員がやっている行為です。これが、この表の見方です。この表の介護行為の発生率は降順に並んでいます。黄色のマークでついているものが、介護職員の方々が入浴介護と呼ばれている一連の行為の際に実施している介護行為です。したがって、この表からわかることは、入浴の一連の行為を観察すれば、介護職員が実際に行っている介護行為として、発生率30%以上の介護行為は、96%まで網羅的に観察できるということです。入浴行為を観察するだけでは、評価することができない介護行為としては、ここに挙げております「薬物療法」とか、食事の際の「スプーンフィーディング」があります。したがって、入浴介助以外で介護職員がやっている行為については、このタイムスタディ調査を利用して、発生率の高い介護行為をリストアップすればよいと思います。

今、問題になっているのは、介護行為を一連の順序、間違いなく安全に行えるか、そういう評価を誰ができるかということになるわけですがけれども、神田審議官が先ほどおっしゃっておられましたように、これは何か月かずっとチェックしていくということになりますので、部分的にチェックしてもよいのではないかと。そういうチェックリストを小委員会の方でもう少し詰めて考えるということをして次回から、それは現場の方に教えていただくこととなりますが、これをやっていけばよいのかなと思っています。

当然ながら、レベル3は、ボディメカニクスを理解して、どうしてこの行為をするのかということをして他者に説明できるということが求められると思いますので、レベル3を受験したいという方については、外部評価の方が突然行っても、これはどうしてこういうやり方をしたかというのを質問すればわかると思いますし、先ほど抜き打ちということをおっしゃられましたけれども、そういうこともこういう手順がきちんと示されれば可能であると思います。

それから、検者間信頼性の問題ですが、多分、山田委員、中山委員、皆さんおっしゃっているのは、1人の職員を評価するときと同じ評価をできるかどうかということ、統計的には、検者間信頼性という項目の信頼性と、評価する人間の信頼性

と二つの側面が考えられます。ですから、アセッサーの評価という評価方法をまだここには提案されていないので、それは評価すべきと考えます。

それから、項目については、信頼性が高い項目とするためには、なるべく丸とかバツとか、やっている、やっていないとかという項目とすることが良いとされていまして、これを検証する統計的な手法もありますので、そういう項目の候補を出して、今回の実証事業で試していくといいふうにすべきと考えます。

以上です。

○田中滋座長 専門家の立場から、精緻な案をありがとうございました。

ただいまの参考資料1は、先ほど審議官が説明された資料3にかかわります。ですから、ここから先は資料3についても質問を併せて行っていただいで結構です。また、今の筒井委員に対する質問でも結構です。

どうぞ、河原委員、お願いします。

○河原委員 ちょうどコミュニケーションのことが書かれていたので、資料3の2ページ目の一番上にも「利用者の視点を意識」ということで、「コミュニケーション能力」というふうに書かれてございます。これは、以前から私なんかもずっと考えているんですけども、言ってしまえば、介護とは何かという議論にまたなってしまうんですが、医療分野と違って、介護の分野というのは、一度かかると長いおつき合いになるということで、技術あるいはわかるという知識を相当数持っていたとしても、最終的にはその方のかかわり方、言い方はちょっと難しいんですが、人生最終章の方の生活に寄り添う仕事ですね。そうなってくると、技術は勿論大切、それから、わかるという知識も勿論大切ですけども、それと同等か、あるいはそれ以上に、寄り添うという中で人間関係をよくしていくというか、結果としてその人の自立の支援に役立つだとか、あるいは生活する意欲を引き出させるだとか、そういったものがすごく求められる仕事だと私は思っているんです。一言で言うとコミュニケーション能力ということで片づけてしまっているのかどうか分かりませんが、そういったことの重要性と、それから、こういったものは評価できるものかどうか、私は評価してほしいと思うんですけども、評価が非常にしにくい。突き詰めていけば、その方の人間性を評価するみたいなことにもなりかねないので、大変微妙な問題が入っているなと思います。

こういったことについて、事務局といいますか、あるいは小委員会の方でも、どういうふうにこれをされようとしているのか、されようとしらないのか。

ちょうど今、筒井先生の方の資料を見ていましたら、4ページ目の上の方に特養の介護職員のコミュニケーションが介護行為としての発生率で書かれておりましたし、特養の介護職員が書いてございますけれども、訪問介護職員は書いていなかったりだとか、この辺の違いは何なのかなとか、どのように平均値が出されて、標

準偏差というのはどのように出されているのかということについてお聞きしたいなということがございます。これがコミュニケーション能力ということに関しての一つの質問です。

それと、確認なんですけれども、資料3の1ページ目の真ん中の「汎用性のある基準」というところで、「労働移動を促すという目的に資するため」というふうに書いてあったんですが、私が今まで見落とししたのかもしれませんが。労働移動を促すためにこれをやっていたんです。私は、労働移動をした場合に、その能力の評価を担保するだとか、そういうときのためにいろいろな評価をしていこうというふうに思っていましたので。でも、促すというのは、促進するとか進めるという意味だと思いますので。ちょっと私の言葉のとらえ方が違っていたら申しわけございません。

同じように、「外部労働市場で使いやすい」、このときにおっしゃっている外部労働市場というのは一体どういうことをイメージされているのかをお聞きしたいなと思って意見させていただきました。

○田中滋座長 では、まず、コミュニケーション能力について。

○筒井委員 これは非常に単純なやり方です。すべての職員の行動を観察をするための調査員がついております。したがって、ご質問の在宅の業務をやっている方の中には、直接身体介助をやらない人も含まれますので、そういう人は、利用者に対するコミュニケーションはなかったということを示しています。繰り返しになりますが、特別養護老人ホームのコミュニケーションの発生率100%という分析結果は、すべての特別養護老人ホームの介護職員は24時間の中で、利用者とコミュニケーションしていた。しかしながら、在宅に携わる、職員の中には、利用者とコミュニケーションしなかった人が含まれていたということを示しています。

○神田審議官 難しい御質問が幾つかあったんですけれども、1つは、コミュニケーション能力をどう評価するのかというのは、今後、小委員会で御議論いただければというふうに思っておりますけれども、非常にあいまいな形では評価は難しいと思っておりますので、コミュニケーション能力があるというのを外形的にどのように評価基準に反映させていくのかということはどうとらえるかということかと思っております。例えば分解していけば、必ずサービスに当たって利用者、家族の意向なり希望は確認するというようなことですか、基本的なことと言えば、なぜこういう計画になったかをきちっと説明するとか、あるいは状況の変化があれば、それを聞き取って、必ず介護過程の中に反映させていくとか、コミュニケーション、あるいは相談があったことをどう受けとめるのかということもありますけれども、具体的にコミュニケーション能力があるということをどういうふうにしたら、その人があると言えるのかどうなのかということをおいかに客観化した基準に反映できるのかということではないかと思うんですね。

人間性そのものを○とか×で評価するというのは非常に難しいわけですので、外形的にどのようにそれが表現できるのかという問題かというふうに思っております。

それから、労働移動のお話についてでありますけれども、資料5、これは介護分野に限らずに、全体のキャリア・アップ戦略の基本方針ということで、カーボンマネジャーですとか、6次産業化の人材についても共通のあれでございますけれども、もしあれでしたら、主査の方から補足していただいた方がよろしいかと思っておりますけれども、1ページ目のところに出ておりますけれども、これは21の国家戦略プロジェクトの1つであって、戦略というのは、そもそも実践的な職業能力の評価、認定のキャリア単位制度というのを構築して、それに基づく育成プログラムをつくるとか、成長分野へできるだけ人材を移動してもらって、成長分野へ労働移動を円滑に促していくということを全体としてキャリア・アップ戦略というふうに言うんですよということになっていまして、これから伸びていく産業分野に人を育て移動させていくというのが一番最初からうたわれている目的の1つには入っているわけです。

それから、そういう意味で言うと、論点整理の資料6の1ページ目の基本的な考え方のところにも書いてございますけれども、職業能力を評価した結果については、ジョブ・カードを活用して証明するということで、職場は変わっても、ディスアドバンテージにならずに労働移動が円滑にできるというような点で意義があるということですので、労働移動というのは、当初から念頭に置かれているということでもあります。

それから、外部労働市場というのは、これも主査の方から御説明いただいた方がいいのかと思っておりますけれども、資料5の7ページのところにありますけれども、今回この制度ができたなら、こういう分野で普及させていくという中に、労働市場サービスにおいてこれが活用されるようにしていきますということですので、例えばハローワークですとか、民間の職業紹介機関ですとか、人材派遣会社とか、そういうところでもこれが活用されるということを、外部労働市場ということでは、そういう場面でもこの評価というのが具体的に活用されるということを念頭に置いているということだと思います。

○田中滋座長 主査の方から御説明いただけますか。

○大久保主査 基本的には、審議官から御説明いただきましたけれども、労働移動のところについては、1つの施設から別の施設に転職することを促したいということを行っているわけではございませんで、今、介護職についていない人たちが新たに介護職につく場合の円滑化ということでございます。

それから、外部労働市場の方は、1つの企業の中で使われている言葉は、そうは言っても、多少の違いがありますので、ほかの会社に行っても同じ言葉で通じると

というような意味で、外部労働市場でも同じ共通言語が使われるという言葉を使っております。

○河原委員 大変申しわけございませんでした。私も視点が、介護、介護、介護で来ていましたので、おっしゃったように、施設から在宅とか、介護の中の職種をかわるとずっと思っていたものですから、私がちょっと間違った確認だったと思います。ありがとうございました。

○田中滋座長 藤井委員、お願いします。

○藤井委員 今、河原委員がおっしゃった点について、小委員会の方についてということでしたので、私の、取りまとめ役というよりは、個人的な考え方が多少入りますが、そもそもの仕組みというものが現場できちんとワークするものにするという観点と、それから、信頼性とか妥当性とか、統計学的にもある程度、説得力あるものにする、両面あると思っているんです。ただ、信頼性、妥当性ということをきっちりやろうとすればするほど、現場では恐らく受け入れにくいものになるかもしれないと思うんですね。現場でも使いやすいし、客観性があるという最適なものをどうつくっていくかというのが問われていると思います。

そういう前提の上でですが、河原委員がおっしゃったことは、基本姿勢という点をおっしゃっておられるんだと思いますが、ただ、これは私、多分介護だけの問題ではなくして、あらゆる職業における基本姿勢、主査のおっしゃっているプロフェッショナルとしての意識というのには、やはり徹底した顧客志向はあると思うんですね。

1つは、OJTシートみたいなものをベースにして、現場で現在ワークしているものをベースにして物を考えますと、今、OJTで評価する際に、「できる」はクリアしているんだけど、どうも利用者さんの気持ちをわかる気がないとか、寄り添う気がないとか、そういうタイプの職員は、結果としてムラとなってあらわれていると思うんです。「できる」というよりは「している」という、何かICFみたいな話になりますが、「している」というベースで、あなたはやれることはやっているかもしれないけれども、きちんと本当にいつもやれているかということ、それは疑わしいよという形で、現場では上司は判定していると思うんです。そういった感じで基本姿勢を評価できるのかなというのが1点。

それから、もう一点は、あらゆる職業にそうなんです、人を束ねるところまでいかないレベルでは、やはり基本姿勢のない方というのは、ある程度はいらっしゃる。介護にいてもらっては困るという話はあるんですけども、主任とかレベルの高いところになりますと、そういう基本姿勢がない人は人を引っ張っていきませんので、やはりその部分で試されていくだろうという見方もできるかと思います。

神田審議官おっしゃったように、基本姿勢そのものをチェックするというのは、チェックしてもいいと思うんですけども、それでチェックし切れないだろうと思

いますので、この中にはそういう基本姿勢の部分はきちんと見ているんだよ、単にここでチェックできるとは思っていないよという形で担保できればなと思っています。

以上です。

○田中滋座長 説明、ありがとうございました。

資料3の方について、どうぞ。田中委員、お願いします。

○田中委員 今、藤井委員がおっしゃったことと似ているというのか、伝えたいことは、おっしゃったように、介護という仕事は対人援助であり、人ということを理解しなければいけない仕事だと思います。特にこれからは認知症ケアということを考えてときに、認知症を有する人の立場に立ってみるならば、非常に混乱と不安の中に現在生きていらっしゃる、そのことを理解できている必要があります。介護という行為を分析して、その行為が確実に行われているというのは、イエス、ノーという形で評価はできると思うんですが、ある意味では、自分自身の判断能力も低下した人たちの満足度とか、あるいは安心感といったもの、これからはその部分に力を入れたような介護といったものを考えるべきではないかと思っています。特にこの先のことを考えたらば。

それと、もう一つは、多分これから我々の世代もそうなんですけれども、施設の中でケアされるのではなくて、ある意味では、適切な環境の中において、自分が尊重され、自分が正しく生きていることを実感できるような環境、そのようなケア、対人関係の中で過ごすということを求めています。今の現状は、介護の場合においても訴訟が起きたときに、多くの場合は例えば説明がなかったとか、連絡が遅かったということで起きているんですけれども、日常的なコミュニケーションをとれているかどうかということも利用者及び家族との関係の中で生まれてきています。

ですから、技術の行為としてのできる、できないということだけのチェックではなくて、今申し上げたように、基本姿勢がちゃんととれているか、それをだれが評価するかは非常に難しいと思いますが、それは上司であるアセッサー自身がどこかに加味された評価という形で入れるべきではないか。だから、確かにイエス、ノーでは言えないかもしれないけれども、介護というのは感情が伴う仕事ですから、その意味では、私は非常に重要な要素だと思っています。特に、よく言われる、私どもの介護の現場で常に教えることの基本は、尊厳ということと自立支援です。だから、行為自体が利用者自身の有する能力をちゃんと発揮させながら、自立支援に資するかとか、あるいはその人の誇り、プライド、生きてきた人生も含めたプライドが尊重されているかどうか、ここを抜きにしたチェックというのは、私はこれからの時代には合わないのではないかなというふうに思っております。

○田中滋座長 御意見ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。中山委員、お願いします。

○中山委員 資料3の「汎用性のある基準」の中のレベルごとの力量差を云々というところがありますけれども、ここはこの議論の中でたくさん出ていますけれども、コミュニケーションのことなんです。例えば小規模のグループホームを例にとりますと、夜勤1人というところも結構あるんですね。その場合に、コミュニケーションにつきましては、先ほど筒井委員の方から、利用者だとか家族のコミュニケーションもありますけれども、職員間、つまり申し送りということですね。これがきちんとできるかできないかというのは非常に大きいんですね。ですから、ぜひとも職員間のコミュニケーション能力といいますか、前夜にあったことをきちんと報告されるか、そのレベルの問題だと思えますけれども、それが非常に大事ななという感じがいたしてなりません。

以上です。

○田中滋座長 ありがとうございます。

中島委員、よろしくお願いします。

○中島委員 2つあります。1つは、2ページ目の(7)、ここで連携能力を見ていくとあるんですけれども、連携能力というのは、具体的に見ていくときに、多分いろいろな理解の仕方があると思うんです。例えば私ども実際に現場でやっております、個人の連携する力とか能力、コミュニケーションも含めた能力は勿論あるんですけれども、もう一つ、実際に仕事をしていく場合に、地域の多様な資源をネットワークとしてつないで、それを財産にしているか、使っているかということもあります。個人の能力という形だけではなくて、地域や時間軸で見っていくことも重要です。その個人が持っている資源の質と量といいますか、そういうものが実際には非常に役に立っている面がありまして、そうした部分をどう連携能力の中に入れていくのか、基準化していくときにぜひその点も加味していただけるとありがたいと思います。つまり資源や人脈というネットワークをつくれる能力ということも連携という中には入るのではないかと思います。うまく表現できなくて申しわけありません。

それから、もう一つ、そのページの下のわかる(知識)という中に、2つ目の丸で、これから地域包括ケアを更に具体的に形づくっていかないといけないということなのですが、2つ目の丸に書いてある基礎的な資格の共通化、これは地域包括ケアをやっていく場合には必要ではないかというふうに思っております。

といいますのは、例えば、よく看護職の方と介護職の方と一緒にいろいろな事業などをやる場合があるんですけれども、ちょっと極端な言い方をいたしますと、メンタリティがかなり違います。多分育成されてきたプロセスや職としてのノウハウが違っているのだと思いますが、看護の方は医師の指示に従って動くということを徹底されておりますので、例えば何らか状況があっても、自分から動いていくというよりも、医師からの指示待ちで動く。逆に介護の方は、常時状況を見ていて、相

手の方が必要とするニーズに対してぱっと入っていく。多職種でいろいろなチームを組んで作業をするときにうまくいかない理由は、大体この辺の行き違いというか、相互の職が持っている使命とか能力とかメンタリティ、これらをお互いに十分に理解できていないということがあるのかなと思います。チームで作業していくときに、結構大事なポイントというふうに思っております。その意味で、基礎のところは共通化されていると、多職種が集まって作業しても円滑にいくのではないかと実感しております。

以上です。

○田中滋座長 ありがとうございます。

今まで幾つか御提案ありましたが、検討するという事によろしいですか。

○神田審議官 1点目の、地域資源を具体的にネットワークとしてつないでいくために、地域資源についての知識とか、つなぐ能力の蓄積みたいなことを評価に入れてはどうかという御提案ですけれども、具体的には地域包括ケアの能力という中では、地域資源につなぐというのは、まさに非常に大事な能力だというふうに思いますので、例えば介護そのものについては、介護保険の給付として受けているけれども、ホームヘルパーが来ないときの配食サービスであるとか、あるいは緊急時の見守り等について、近隣のNPOとか、あるいはその地区における社会福祉協議会なり民生委員とつないでいくというような能力というのも非常に大事だというふうに思っております。それは具体的なニーズが出てきたときに、具体的にそういう方のニーズをつなげたかつなげないか、これは多分、レベルとしては高いレベルになると思いますけれども、そういうことは評価基準に入れることは可能ではないかと思っておりますので、御提案の点は小委員会でもよく御議論いただければと思いますけれども、御指摘のような視点というのも、地域包括ケアでは大事な点だというふうに思っております。

それから、2点目の養成課程の共通化についてということでもありますけれども、1つは、看護職のように業務独占になっていて、養成課程が決まっているものと、差し当たって今、ここで考えておりますのは、最低限介護の初任者研修などにおいては、今後この仕組みが介護人材以外に、例えば保育サービスであるとかそういうことに広がっていくときに、このワーキングでも筒井委員から話がありましたけれども、対人サービスの中で共通化できるようなものについては、できるだけ共通の知識というか、そういうものを入れておくことによって、ほかの職種についても追加的に習得することによって、いろんな対人サービスに対応できるようになるということがございますので、そうした視点から検討していただくように、厚生労働省の方で初任者研修を検討することになりますけれども、そういうことは申し入れをしてきたいというふうに思っております。

看護職とかりハ職とさらに介護職ということになりますと、かなり大きな課題だ

というふうに思いますけれども、大きな視点としてはそのようにしていきたいというふうに思っております。

○田中滋座長 北村委員、お願いします。

○北村委員 今、ずっと小委員会にも参加させていただいて、私自身が疑問を持ちながらやらせていただいています、資料3の1ページ目の、評価するときに、(2)の、ある程度いろんな要素を共通して絞り込んでポイントにしてというのは十分理解しております、(3)の下2つの目の丸、技術を見るなら移乗とか、移動とか、そして食事、排泄、入浴、こんなものの中からどんなものを評価すればいいかなというようなこともわかっておまして、ただ、技術面を見ますと、今の言われているような基本姿勢とか、コミュニケーション能力というのは、ある程度分解していったら、これができれば多分ほかのこともちゃんとできているんだろうなという想定ができると思うんですけれども、いろんな職業能力評価基準をつくったときも、これもできるし、でも、ここもちゃんとできていない、そうすると、全部見なくちゃいけないねということでずっと来ておまして、私自身が疑問を持っているというのと、これから小委員会の中でももんでいかななくちゃいけないなと思っているんですけれども、こういうようなものを共通にしておいて、一つとったら、介護というのは総合力でずっと見てきておまして、その中で得意、不得意があっちゃいけないし、ある程度このレベルを見ようねというふうに来たつもりでおまして、そんな中で何かをポイントで引っ張り出してきて、これを評価すればできるね、じゃ、ほかのものは見なくていいのかというときに、技術の評価をして、レベルの評価をしたときに、落ちてしまうことがないのかどうかという疑問があります。こんなところをできる限り標準化しながら、数を少なく絞り込んで、ポイントを絞り込んで評価するという方向なのは理解しておりますので、そんなところをちょっと疑問を持ちながら、ぜひ答えとか、また、こういう考え方だということを委員会の中でいただければ、次の展開に行けるのかなと思っております。

そんなところをちょっと今、考えております。

○田中滋座長 それはまた小委員会の中でも藤井委員や筒井委員から解説をいただいて、疑問が消えた方がよろしいですね。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。岡委員、お願いします。

○岡委員 コミュニケーションの話ですが、ちょっと迷いながら、どうしゃべったらいいかと少し混乱しながらなので、ちょっと御迷惑をおかけしたら申しわけございません。

2つ分けながら聞いておまして、コミュニケーションの中における基本姿勢のようなもの、あるいは何かを感じ取るような力のもの、これはレベル1、2、3というふうに段階的に分けられるものなんだろうかというふうに疑問を持ちながら伺っておりました。

一方で、どういう情報をインプットし、必ず確認するのであるとか、このようなことは必ずこういうときにアウトプットすべきであるという意味の、より狭義のスキルという意味でのコミュニケーション、これはレベルがあるような気がいたしております。

なぜそう思っているかといいますと、我々のようなレベルの低い派遣スタッフが施設できちんと仕事ができ、気に入られるというのは、基本的には最初に申し上げた広義の人間としてのコミュニケーションスキルが高いということなんですね。これは就業開始して5分で実は評価されてしまうようなものでございまして、それを持っているスタッフは入浴やいろんな技術の習得度合いも高い、こういうふうな経験値、経験則があります。

ただ、最初に申し上げた広義のコミュニケーション能力は、言ってみれば、育ち方なり、その人の持っている人間性という、幼年時に育成されたようなものが非常に大きくございまして、施設に入って経験を積み上げ上がっていくのか、どうもそうではないぞというところがございまして。

こんなようなことを申し上げて、先ほど北村委員がおっしゃったところにさらに混乱を指し示すような意見で、大変恐縮なのですが、ここをどう切り分けて、レベル化するものと、そうでない、この業種に入るのであれば必ず備えていなければならないようなものとを分けていただく、こういう考え方もあるのではないかなと思いついて伺っておりました。

意見でございまして。

○田中滋座長 今後進める上での視点を提示いただきまして、ありがとうございます。

ほかはよろしいですか。

一とおりの意見が出終わったようですね。では、ここまでのところでもし大久保主査から何かコメント等があればお願いします。なければ結構ですが、おありですか。

○大久保主査 ありがとうございます。

活発に御議論いただいております。介護のところに関しては、先ほどの御報告の中にもありましたとおり、さまざまな資格や研修の方でもいろんな検討が進んでおりますので、そういうものと連動を図っていくということと、復興の中でも非常に重要なテーマになっておりますので、そちらと連動を図っていくことをやっておりますけれども、加えて、今、厚生労働省の方では、10月から求職者支援法がスタートいたすことになっております。これは、今現在、雇用保険の対象となっていない人たちを対象に、その後雇用保険の対象者になれる仕事につくということを目的とした支援制度でございまして。

今、細目がほぼ決まっております。もう間もなく、その認定の教育機関の公募が始まろうとしているところであります。この中でも、介護というのは非常に重要な分

野の1つでございまして、そこで提供するプログラムは、大体3か月から6か月ぐらいのプログラムでありますので、その中でできる範囲のものということになりますけれども、こちらの介護の方のキャリアラインの基本的なエントリー部分のところとうまく連携を図っていくという方針を確認しておりますので、そのあたりのつなぎもうまくやってまいりたいというふうに思っております。

また、ほかのワーキングの方も同じように今、議論を積み重ねておりまして、カーボンマネジャーの方は小委員会はつくっておられませんけれども、こちらについては、既にも実証事業の団体の募集を内閣府のホームページ上で行いまして、ちょうど締めたところでありまして。まだ細目はあれですけれども、事務局の期待以上に数もバラエティも集まっているということで、うまく実証事業に乗っていきそうだといいところでもあります。

6次産業化の方も、小委員会をつくりまして、こちらにも議論が始まっております。こちらの場合は、6次産業化というのは、若干抽象度の高い領域になっておりますので、今まで別の言葉で語られてきたものを「6次産業」という言葉と組み合わせで整理するということになっておりまして、かなり複雑なんですけれども、こちらは教育カリキュラムの評価基準を見つめるところを先んじてやろうということで、今、全国に存在する6次産業化に関連した教育クラブの収集をやっておりまして、それを分析して、レベル評価基準との連動性を図っていくこと。そういうところを卒業した人たちが既に6次産業化に取り組み始めていますので、卒業生の人たちがどう活躍しているかということも組み合わせで見っていくような実証事業をやろうということで進めております。

3つそれぞれ進捗のスピードも違えば、取り組む手順も大分違うんですけれども、それぞれ今進んでいるということでございまして、引き続き介護の方の議論をよろしくお願ひしたいというふうに思います。

○田中滋座長 状況の御説明、ありがとうございました。

ほかに言い足りなかった方はいらっしゃいませんか。

この後、また小委員会を開いていただきます。きょうの意見をまとめろと言われてたら、かえって難しくなったような気がしますけれども、藤井委員、座長で大変ですが、よろしくお願ひします。

今後、実証事業の進め方をさらに詰めていただき、また、介護人材に係る能力評価基準の原案の作成に向けた作業をよろしくお願ひいたします。

ちょっと早いですが、出終わったところなので、以上をもちまして「介護人材ワーキング・グループ」の第5回会合を終了いたします。

次回の会合日程については、改めて事務方から御連絡があるようです。お忙しいところを恐縮ですが、今後ともよろしくお願ひいたします。

本日は、さまざまな御意見をありがとうございました。

