

課題1: 仮説検証のサンプルの選定に関する比較

	産業別:任意性	供給側:事前回避行動の有無	分析グループ	仮説検証との関連
都市従業員基本医療保険のみ				
(1)個人企業における経営者・雇用者	任意	事前回避行動なし	グループ1	仮説検証グループ
(2)大・中規模企業における雇用者	強制	事前回避行動なし	グループ2	比較グループ
商業保険のみ	任意	事前回避行動あり	グループ3	比較グループ
混合型医療保険	強制・任意の両方	事前回避行動あり・なしの両方	グループ4	比較グループ

出所:筆者作成。

データ: CHIP2007

- 2008年に北京師範大学、中国社会科学院などの研究機関によって実施された中国家計所得調査 (Chinese Household Income Survey: CHIP) の個票データ
- 調査範囲は、中国を代表する地域(上海市、江蘇省、浙江省、安徽省、河南省、湖北省、広東省、重慶市、四川省の9省)をカバーしている。
- 調査方法については、国家統計局が実施する国勢調査で用いられる住民台帳に基づいて、多段階無作為抽出法を用いてサンプルを抽出し、調査員訪問調査および置き留め調査を実施した。
- 有効回収票数は19748人

被説明変数の設定

・ 医療保険加入類型

Q: 2007年、あなたは以下のような医療保険に加入しましたか

- ①都市従業員基本医療保険
- ②商業医療保険
- ③農村合作医療保険 → 削除
- ④その他の医療保険
- ⑤医療保険未加入

被説明変数の設定

(つづき)

- ①**商業医療保険のみ加入**(商業医療保険のみに加入した場合=1、どの医療保険にも加入しなかった場合=0)
- ②**都市従業員基本医療保険制度のみ加入**(都市従業員基本医療保険制度のみに加入した場合=1、どの医療保険にも加入しなかった場合=0)
- ③**混合型保険加入**(都市従業員基本医療保険と商業医療保険の2種類を同時に加入した場合、都市従業員基本医療保険とその他の医療保険の2種類を同時に加入した場合、商業医療保険とその他の医療保険の2種類を同時に加入した場合、都市従業員基本医療保険、商業医療保険とその他の医療保険の3種類を同時に加入した場合=1、どの医療保険にも加入しなかった場合=0)
- ④**医療保険未加入**(どの医療保険にも加入しなかった場合=1、医療保険加入=0)

主な説明変数の設定

・ 就業部門ダミー

Q: あなたの就業部門の種類についてお尋ねします

- ①官公庁
- ②事業部門
政府関連機関、たとえば国立研究機構、学校、病院など
- ③国有企業
国有企業(中央政府・省政府)、国有企業(地方政府)、株式化の改革を経て政府が主な株主となった企業を「国有企業」とした。
- ④集団企業
- ⑤民営企業
- ⑥外資系企業
- ⑦自営業
- ⑧その他(非就業を含む)

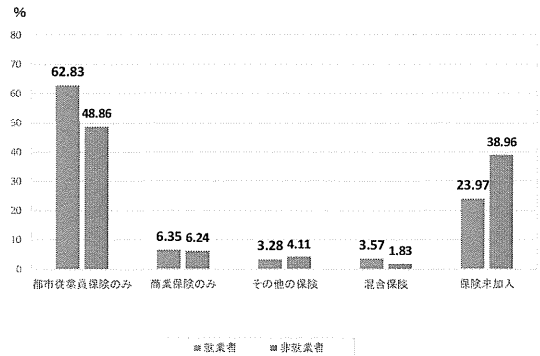
説明変数設定の一覧表

変数名	設定方法
逆選択仮説要因	健康ダミー 非常に良い/非常に良い≠1、それ以外=0 やや良い/良い≠1、それ以外=0 普通(普通=1、それ以外=0) 不健康(良くない、非常に良くない≠1、それ以外=0)
年齢階層ダミー	16~19歳(16~19歳=1、それ以外=0) 20~29歳(20~29歳=1、それ以外=0) 30~39歳(30~39歳=1、それ以外=0) 40~49歳(40~49歳=1、それ以外=0) 50~59歳(50~59歳=1、それ以外=0)
流動性制約仮説要因	世帯所得階層 (本人所得を除く) 世帯所得から本人所得を除いた世帯所得に基づく所得第1~5五分位
勤務先要因	所有制 官公庁、事業部門、国有企業、集団企業、民営企業、外資系企業、自営業、その他の8つ 雇用形態 正規雇用(終身雇用、雇用期間が1年以上と回答した者=1、それ以外=0)
個人属性要因	男性 男性=1、女性=0 有配偶者 有配偶者=1、それ以外=0 字どしあり 字どしありの場合=1、それ以外=0 学歴 小学校、中学校、高校・高等、短大、大学・大学院 5分
その他の要因	戸籍制度 現地の都市戸籍(現地の都市戸籍を持つ場合=1、外地の都市戸籍、現地の農村戸籍、外地の農村戸籍を持つ場合=0) 地域 上海市、江蘇省、浙江省、安徽省、河南省、湖北省、広東省、重慶市、四川省の9つ

出所:筆者作成。

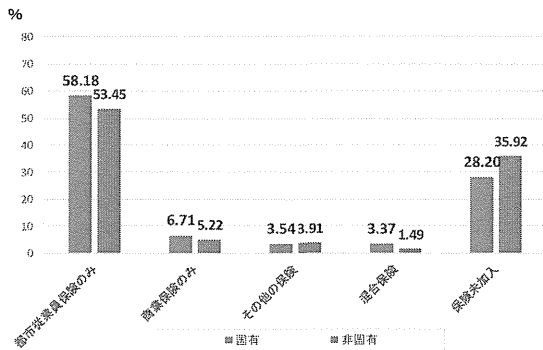
3. データから観察された農村部における医療保険制度の加入状況と医療サービスの利用

図9 就業者・非就業者別医療保険の加入類型の分布



出所：CHIP2007に基づき計算。

図10 就業者における国有部門・非国有部門別医療保険の加入類型の分布



出所：CHIP2007に基づき計算。

5. 計量分析の結果

表4 医療保険制度の加入確率に関する分析結果

	【推定1】 都市従業員保険のみ vs. 簡業保険未加入 (グループ1)		【推定2】 都市従業員基本医療保険のみ vs. 簡業保険未加入 (グループ2)		【推定3】 簡業医療保険のみ vs. 簡業保険未加入 (グループ3)		【推定4】 混合医療保険のみ vs. 簡業保険未加入 (グループ4)	
	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差
健康状態 (下健康)								
非常に良い	0.2094 ***	0.3026	0.0445	0.1219	0.0667	0.2422	-0.0167	0.2385
やや良い	0.2114 *	0.2591	0.0661	0.1199	0.0194	0.2361	-0.0354	0.2229
普通	0.1914	0.2592	0.0681	0.1225	0.0591	0.2485	-0.0135	0.2298
年齢 (50~59歳)								
16~19歳	-0.0168 ***	0.2521	-0.0071 ***	0.1099	0.1057 ***	0.1042	-0.0402 ***	0.1394
20~29歳	-0.0863 ***	0.2088	-0.1781 ***	0.0742	0.0057 *	0.1475	-0.0085	0.1665
30~39歳	-0.1956 ***	0.1524	0.0163	0.0552	0.1732 ***	0.1082	0.0182	0.1489
40~49歳	-0.1370 **	0.1447	0.0637 ***	0.0524	0.0698 **	0.1124	0.0367 **	0.1291
世帯所得 (第1五分位)								
第2五分位	0.1067 **	0.1228	0.0188 **	0.0513	0.0659 **	0.0891	-0.0626	0.1126
第3五分位	0.1521 ***	0.1466	0.0734 ***	0.0557	0.1025 ***	0.0953	0.0445 **	0.1510
第4五分位	0.1312 **	0.1617	0.0671 **	0.0583	0.1270 ***	0.1066	0.0836 **	0.1482
第5五分位	0.1075 **	0.1786	0.0668 **	0.0661	0.1345 ***	0.1117	0.2024 ***	0.1541
職業部門 (官公庁)								
職業部門			0.0031	0.0743	0.0259	0.1259	-0.0197	0.1367
国有企業			0.0142	0.0793	-0.0318	0.1464	-0.0069	0.1471
民間企業			-0.0661 ***	0.0669	0.0163	0.1081	-0.0502 ***	0.2373
民営企業			-0.0122 **	0.0709	0.0060	0.1410	-0.0181 ***	0.2669
株式会社			0.0002	0.1257	0.0559	0.2308	0.0521 *	0.2435
自営業			-0.0677 ***	0.0901	0.0488	0.1542	0.0173	0.2203
その他(非就業者)			-0.0871 **	0.1192	0.0917	0.2065	0.0917	0.2203
職業別 (正規雇用者以外)								
正規雇用者	0.1779 ***	0.1203	0.1329 ***	0.0481	0.0416 **	0.0296	0.0641 **	0.1385
非正規雇用者	0.0487 ***	0.0743	0.0387 ***	0.0080	0.1141 ***	0.1503	0.0557 ***	0.1069

出所：CHIP2007の計算。
注：***、**、*はそれぞれ有意水準10%、5%、1%を示す。
2)性別、年齢、健康、子供あり、学歴、地域のみを一変数を説明したが、掲載が省略している。

課題1：逆選択仮説の検証結果

✓健康者グループに比べ、「非常に良い」と回答した者のグループで都市従業員基本医療保険のみに加入する確率が29.84%ポイント高い。
⇒逆選択仮説を支持しなかった

✓医療保険の加入確率は16~19歳が54.58%ポイント、20~29歳が48.63%ポイント、30~39歳が19.56%ポイント、40~49歳が13.70%ポイントとそれぞれ低く、またこれらの推定値の有意水準はすべて1%となっている。50歳以下の年齢層グループに比べ、50~59歳グループで都市従業員基本医療保険のみに加入する確率が高い。
⇒逆選択仮説が支持された

課題1:流動性制約仮説の検証結果

✓所得第1五分位グループに比べ、医療保険の加入確率は、第2五分位が10.07%ポイント、第3五分位が15.21%ポイント、第4五分位が16.75%ポイントとそれぞれ高く、またこれらの推定値の統計的有意水準のいずれも1%となっている。低所得層(所得第1五分位)グループに比べ、中・高所得層(所得第2~5分位)グループで都市従業員基本医療保険に加入する確率が高い。

⇒流動性仮説が支持された

表5 就業者における部門別医療保険加入の確率

	【推定5】 国有部門雇業者 (官公庁・事業部門) vs. 医療保険未加入		【推定6】 国有部門雇業者 (国有企業) vs. 医療保険未加入		【推定7】 非国有部門雇業者 (雇用企業・民営企業) vs. 医療保険未加入		【推定8】 非国有部門雇業者 (外資系企業) vs. 医療保険未加入	
	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差
	健康状態(下健康)							
非常に良い	-0.6565	0.2146	0.0112	0.3226	0.0824	0.2131	-0.9916	0.5480
やや良い	-0.0829	0.2362	0.0085	0.3118	0.0781	0.2316	-0.8977	0.5478
普通	-0.0110	0.2409	-0.0011	0.3141	0.0316	0.2397	-0.9900	0.5479
年齢(50~59歳)								
16~19歳	-0.4228 ***	0.1856	-0.5167 ***	0.2538	-0.4777 ***	0.2263	-0.2330	0.3006
20~29歳	-0.1060 ***	0.1315	-0.0197	0.1951	-0.1011 **	0.1387	0.0088	0.1611
30~39歳	0.6319	0.0927	0.1901 ***	0.1152	-0.0303	0.1056	0.0163	0.3975
40~49歳	0.0742 ***	0.0900	0.1111 ***	0.1308	0.0525	0.1026	-0.0922	0.4054
世帯所得(第1五分位)								
第2五分位	0.0319 *	0.0942	0.0431 *	0.1268	0.0527 *	0.0972	-0.0938	0.4125
第3五分位	0.0587 ***	0.0989	0.0579 **	0.1370	0.0533	0.1083	-0.0150	0.4763
第4五分位	0.0510 **	0.0986	0.1039 ***	0.1590	0.1085 ***	0.1129	0.0333	0.4845
第5五分位	0.0793 ***	0.1118	0.0782 **	0.1690	0.0429	0.1261	0.0067	0.4410
就業形態(非正規雇業者)								
正規雇業者	0.1313 ***	0.0976	0.0405	0.1520	0.1505 ***	0.0749	0.1179 **	0.3539
戸籍(非現地都市戸籍)								
現地都市戸籍	0.3035 ***	0.1888	0.2705 **	0.3608	0.2889 ***	0.1535	0.4612 ***	0.4788

注: 1) **、***はそれぞれ有意水準10%、5%、1%を示す。
2) 性別、学歴、既婚、子供あり、学歴、地域の各ダミー変数を設定したが、掲載で省略している。

課題2:就業部門による差異

- 国有部門で、他の条件が一定であれば、都市従業員基本医療保険制度に加入する確率:
働き盛り世代<定年退職直前後世代<若年層
➢ 50~59歳グループで公的医療保険制度の未加入者がそのまま高齢期を迎えると、医療費がさらに高くなるため、そのグループが年齢の上昇とともに貧困者になるリスクが高いだろう。
- 官公庁、国有企業、集団企業・民営企業のいずれにおいても、において、低所得層グループに比べ、高所得層グループで医療保険の加入確率が高い。一方、外資系企業で、加入確率における所得階層間の差異が確認されなかった。
➢ 都市労働市場で高所得・高福祉厚生と低所得・低福祉厚生のような二極化の問題が存在

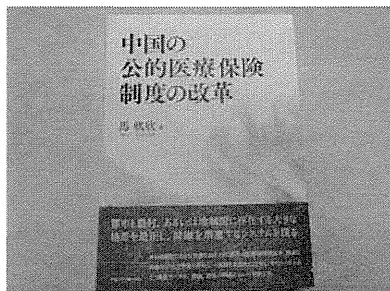
5. まとめ

結論:

所得階層、就業部門によって医療保険の加入状況が異なり、とくに低所得層グループで、公的医療保険制度と私的医療保険制度の両方によってカバーされない者が存在



政府は2007年に都市部従業員医療保険制度に加入できない者(たとえば、18歳未満者、非就業者)を適用対象とした都市住民基本医療保険を実施したことは、重要な社会的意義を持つことを証明した。



中国の公的医療保険制度の改革
馬欣欣
京都大学学術出版会
A5上製・350頁・税込 4,860円
ISBN: 9784876988891
発行年月: 2015/11

ご清聴、どうもありがとうございました!

一橋大学経済研究所
馬欣欣

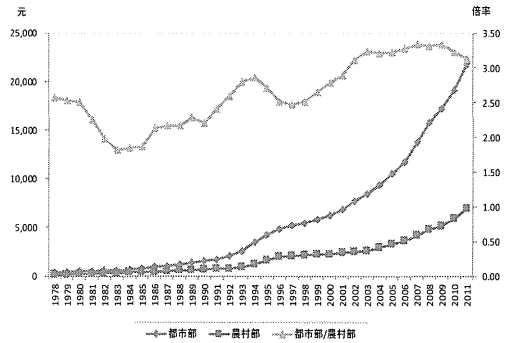
maxx@ier.hit-u.ac.jp

2015年12月10日

於: 国立社会保障・人口問題研究所

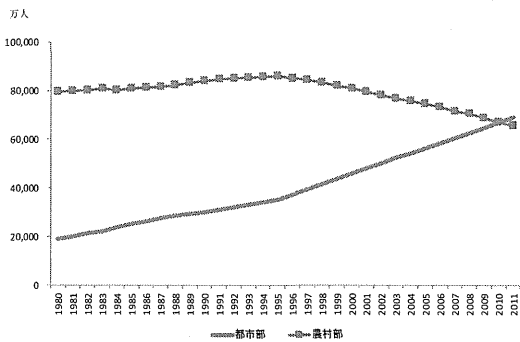
参考資料

都市と農村間の所得格差の推移(1978~2011年)



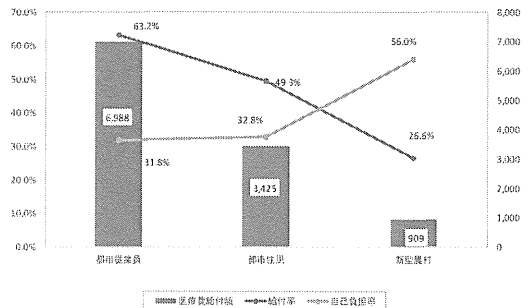
出所：『中国統計年鑑2012』に基づき作成。
注：都市部：世帯一人あたりの可処分所得。農村部：世帯一人あたりの純収入。

都市部と農村部における人口数の推移(1980~2011年)



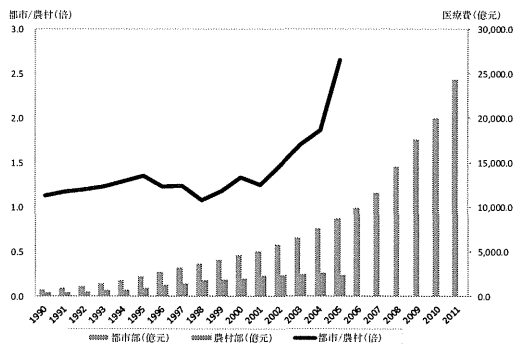
出所：『中国統計年鑑2012』に基づき作成。
注：1) 1984年以前：戶籍統計データ。1982、1990、2000、2010年：人口センサス調査
その他：人口抽出調査
2) 現役軍人を含む(都市人口として計上)。

医療費給付と医療費負担における都市部と農村部間の格差(2008年)



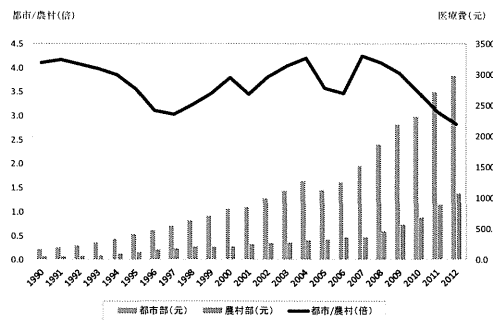
出所：衛生部統計信息中心(2009)『2008年中国医療サービス調査研究—第四次家庭健康訪問調査分析報告』54-65頁

政府総医療費支出における都市部と農村部間の格差(1990~2011年)



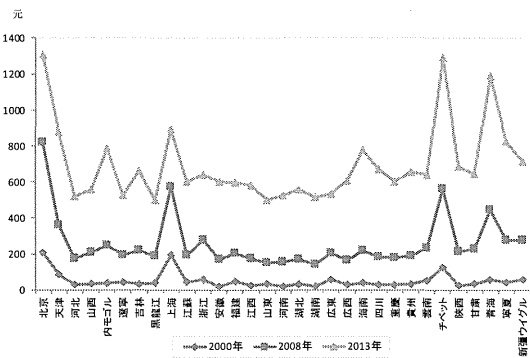
出所：『中国衛生統計年鑑』各年度版、『中国統計年鑑』各年度版に基づき作成。

政府1人あたり医療費支出における都市部と農村部間の格差(1990~2011年)



出所：『中国衛生統計年鑑』各年度版、『中国統計年鑑』各年度版に基づき作成。

省別一人あたり公的医療費支出(2000年、2008年、2013年)



出所:『中国衛生統計年鑑』各年度版、『中国統計年鑑』各年度版に基づき作成。

ワークショップ「グローバル・エージング時代のケア人材国際移動」

International Migration of Care Personnel in the Era of Global Ageing

開催概要

日時：平成28年1月21日（木）14:00～16:00

場所：国立社会保障・人口問題研究所第四・五会議室

【趣旨】

わが国の人口高齢化は他国の追随を許さず、2000年から始動した介護保険制度の利用者は年々増加し、介護を支えるケア人材の不足は著しい。ケア人材の待遇改善・キャリアパスの確立、家族介護者への支援やロボット導入などと並行して、外国人ケア人材の受け入れに関しても、経済連携協定（EPA）を通じた看護・介護人材の受け入れと養成、「介護」在留資格の導入検討など、少しずつではあるが対応は進んでいる。

一方、2025年以降高齢者数の伸びが止まる日本と異なり、韓国、中国はもとより、ASEAN諸国では、今後長期にわたって高齢人口の激しい増加が続き、それに応じて介護ニーズも増大する。しかしいまだ「介護は家族が行うものである」という意識は強く、制度、施設の不備・不足は著しく、高齢者介護を担う人材は、その職能や養成制度など未分化の状態である。さらに2010年のWHO総会において、「保健人材の国際雇用に関する行動規範」が採択され、途上国の保健人材の国外流出が懸念されている一方、すでにOECD諸国のみならず、アジアにおいてもタイやインドネシア、フィリピンから台湾やマレーシア、香港へと、ケア人材は国境を超え移動しており、送出国・受入国の事情に応じてその移動の様態は刻々と変化している。また2015年末のASEAN経済共同体の成立により、生産的な人の移動のあり方が模索されているところである。

本ワークショップではこれらの状況を踏まえ、我が国における介護人材確保・外国人ケア人材の受け入れの現状と課題を明らかにし、今後20～30年間のアジア全域の人口高齢化を視野に入れたケア人材の国際移動の課題と可能性の検討を目的とした。

【プログラム】

14:00 「開催趣旨説明」

国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長 林玲子

14:10 「福祉・介護人材確保の見通しと課題」

厚生労働省社会援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室長 榊原毅

14:30 「高齢化するアジアにおける厚生労働省の取組」

厚生労働省大臣官房国際課課長 大鶴知之

14:45 「経済連携協定（EPA）に基づく看護師・介護福祉士受入れの現状等」

公益社団法人国際厚生事業団 受入支援部部長 稲垣喜一

15:05 「外国人ケア人材の日本経験とその広がり」

NPO 法人 AHP ネットワークス 二文字屋修

- 15:25 「ケア従事者の国際移動」
京都大学大学院文学研究科特定准教授 安里和晃
- 15:45 質疑・コメント
- 16:00 閉会

【概要】

- 所外 40 名、所内 11 名、計 51 名が参加した。
- 各報告者が報告した後、事実確認の質疑を行い、最後に討論を行った。
- 主なコメント・質疑の内容は、次の通り。
 - 介護人材の技能実習はどのようなスケジュールで進んでいくのか。
 - 介護人材の国内人口移動は進むのか→政策で関与せずとも、グループ企業で国内の移動は進んでいる。
 - EPA により来日した人材は日本人と同じ待遇を受けるのか→そのように制度をつくり、日本人と同じ待遇で受け入れることを確約している施設でないと受入れを斡旋していない。
 - EPA による看護・介護人材受け入れを始めてすでに 8 年経ち、制度としても徐々に定着してきたところ。そろそろ評価を行い、次の段階に進む時期である。
 - 定着が必要なのか、それともアジア域内での流動性を保つことがよいのか。→EPA としては、費用対効果の面からある程度定着してもらわないと困る、という事情がある。
 - ドイツの制度との比較が有用
 - 育てた人材をうまく活かせるしくみがないのではないか。日本で定着するだけでなく、帰国した後のフォローも必要ではないか。

【添付資料】

報告スライド

日時：2016年1月21日(木)14:00~16:00
 会場：国立社会保障・人口問題研究所第四・五会議室

<ワークショップ>

グローバル・エイジング時代の ケア人材国際移動

趣旨説明

林玲子 Reiko Hayashi

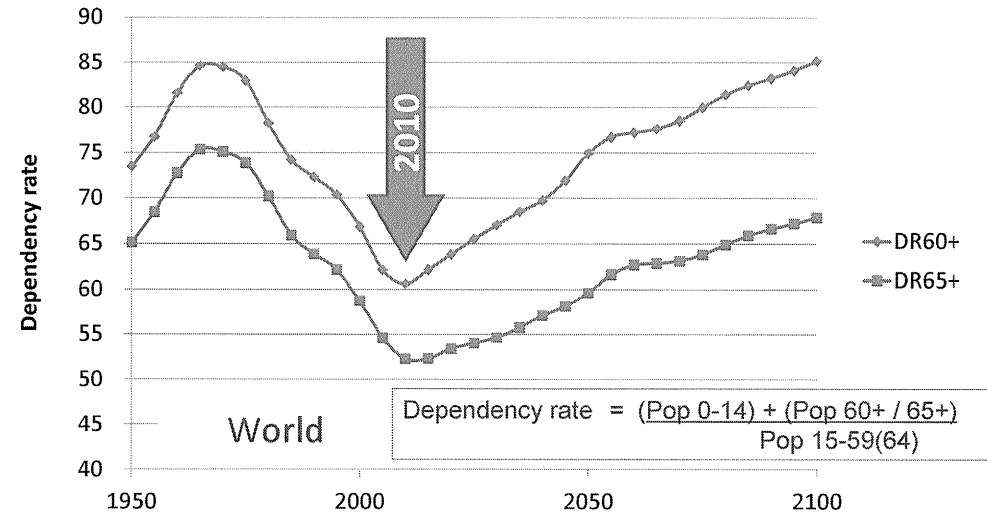
hayashi-reiko@ipss.go.jp



国立社会保障・人口問題研究所

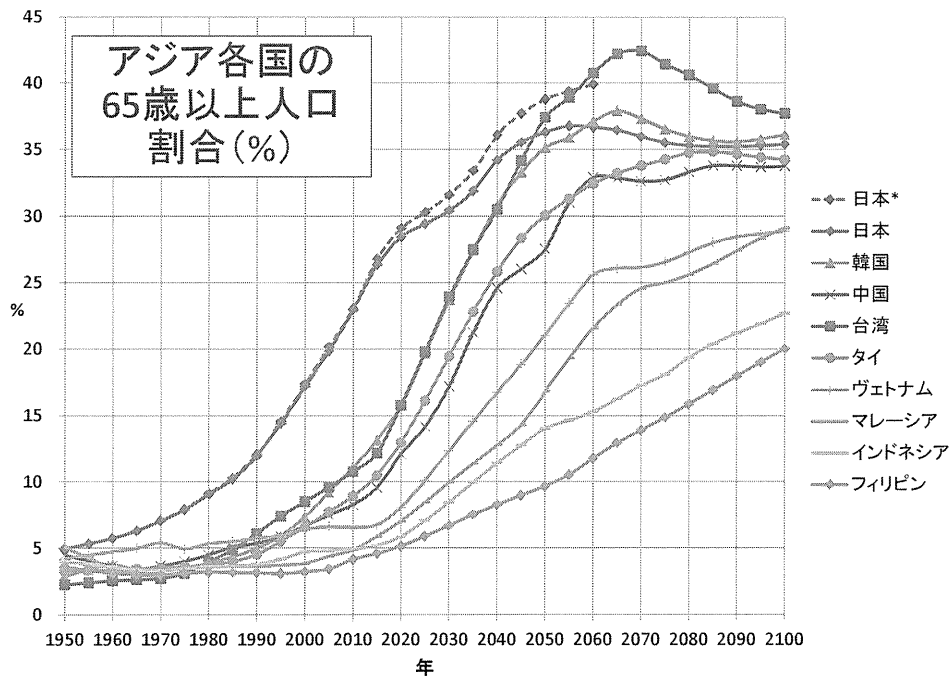
National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo, Japan

< グローバル・エイジング > 世界の従属人口指数はすでに底をついている



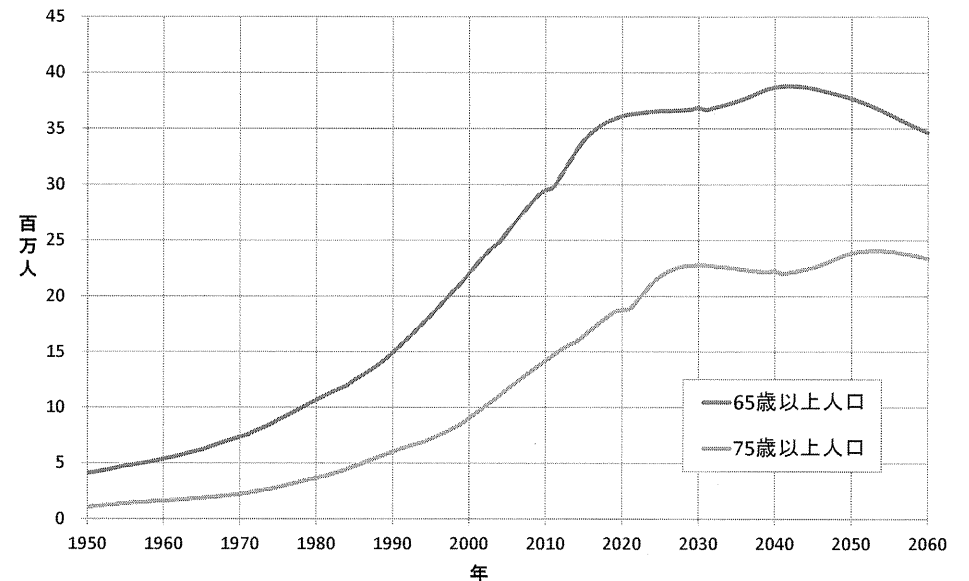
Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition.

— 213 —



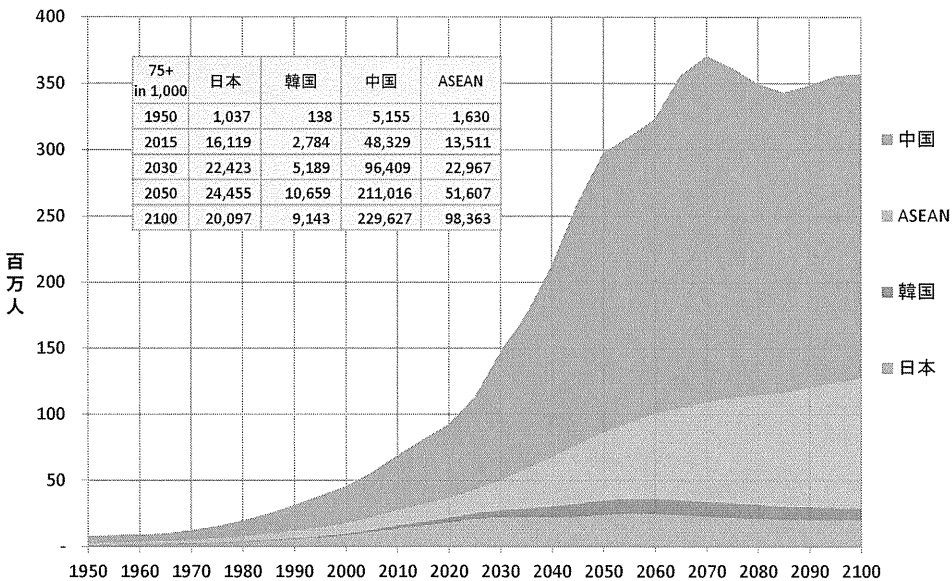
Data source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition
 「日本*」は国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(平成24年1月推計)

65歳, 75歳以上人口(日本)



Data Sources : 国勢調査および国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(平成24年1月推計)

東アジア・ASEAN地域の75歳以上人口



Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition.

WHO「保健人材の国際雇用に関する行動規範」(2010)

- 頭脳流出の懸念
- 途上国から先進国への保健人材流出に対し、先進国の節度ある受入、移民保健人材の自国民と同様の待遇を確保するよう求める。
- 例えばノルウェーでは保健人材不足国からの保健人材受け入れを中止、ケニアではアフリカ受入国との共同教育制度や還流移動の促進策を打ち出す
- 効果は限定的？

OECD諸国の現状

国	外国出身介護労働者の数、介護労働者に占める割合
オーストラリア	介護労働者の25% (2007年) 高齢者介護施設労働者の33%(2007年) 在宅介護労働者の27%(2007年) 看護師の12.5%は外国で養成された(2005年)
オーストリア	すべての介護提供者(フォーマル、インフォーマルに関わらず)の50% 不法に介護労働に従事している者は40000人(2006年半ば)
ベルギー	外国人看護師は3.3%(2005年)
カナダ	施設介護労働者の23% 登録看護師の7.7%は外国で養成(2005年)
デンマーク	登録看護師の6.2%が外国で養成 (2005) 介護労働者の11%が移民
フランス	IADLIに障害のある者を支援する50~70% 外国人看護師は1.6% (2005年)
フィンランド	看護師の0.3%は外国で養成 (2005年)
ドイツ	約200000人の移民介護労働者が存在 (2007年) 看護師の3.8%は外国で養成 (2005年)
ギリシア	約250000人 一般世帯で介護を提供する労働者の70% 約100万人。すべての介護労働者の72% 在宅介護労働者として約700000人の移民が就労
イタリア	登録看護師の14.3%
アイルランド	55000人の移民が介護労働者。すべての介護労働者のおよそ50%
イスラエル	登録看護師の1.5%が外国で養成(2007年)
オランダ	介護労働者の8% 看護師の24.3%は外国で養成(2004年)
ニュージーランド	保健福祉分野の新規雇用者19000人の20% 高齢者および障害者の介護に従事する者の13%(2005年)
スウェーデン	登録看護師の2.7%は外国で養成
イギリス	補助看護師の17%。在宅介護に従事する看護師の17% 介護従事者:21% (2007年)から23% (2009年)
アメリカ	個人および在宅介護者の33% 登録看護師の3.5%は外国で養成(2004年)

- 非常に高い割合
- 職種別に大きく異なる。

小島克久(2015)「OECD加盟国における外国出身介護労働者の現状」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「人口減少期に対応した人口・世帯の動向分析と次世代将来推計システムに関する総合的研究」平成26年度報告書

台湾のインドネシア・タイ人の介護人材数の変化

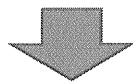
台湾の外籍劳工(外国人労働者)の数(産業部門・国籍別、各年末現在)

	社会サービスおよび個人サービス業							
	総数	インドネシア	マレーシア	フィリピン	タイ	ベトナム	モンゴル	その他
2000年	106,331	63,563		6	34,772	5,356	2,634	0
2001年	112,934	78,678		2	24,875	4,158	5,221	0
2002年	120,711	81,490		2	21,223	2,733	15,263	0
2003年	120,598	47,891		2	29,347	2,961	40,397	0
2004年	131,067	21,457		2	34,446	3,333	71,783	46
2005年	144,015	41,906		0	35,047	3,057	63,956	49
2006年	153,785	75,577		0	29,107	2,318	46,767	16
2007年	162,228	101,619		0	24,369	1,819	34,414	7
2008年	168,427	111,114		0	22,894	1,504	32,912	3
2009年	174,943	121,058		0	22,676	1,295	29,914	0
2010年	186,108	135,019		0	23,320	1,226	26,542	1
2011年	197,854	148,080		0	23,017	1,068	25,688	1
2012年	202,694	157,403		0	22,921	870	21,499	1
2013年	210,215	167,315		0	21,582	745	20,572	0

注:「社会サービスおよび個人サービス業」は2010年以降は「医療保健および社会サービス、その他のサービス業」。
出所:台湾労働部統計資料より社人研小島克久氏が仮訳、編集して引用

課題

- 人口高齢化は世界に広がり、アジアでも著しい(グローバル・エイジング)
- 介護人材不足に、外国人ケア人材の受け入れは一つの方策。
- 欧米並みに外国人ケア人材を受け入れるのか、アジア(日本)型の受け入れ方があるのか。
- 東アジア・ASEANの今後の介護ニーズに応え、ケア制度構築のために、ケア人材の国際移動による人材開発効果があるのではないか。



- 日本のケース～受入国として、アジア地域のプレイヤーとして

プログラム

- 14:00 「開催趣旨説明」
国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長 林玲子
- 14:10 「福祉・介護人材確保の見通しと課題」
厚生労働省社会援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室長 榊原毅
- 14:30 「高齢化するアジアにおける厚生労働省の取組」
厚生労働省大臣官房国際課課長 大鶴知之
- 14:45 「経済連携協定(EPA)に基づく看護師・介護福祉士受入れの現状等」
公益社団法人国際厚生事業団 受入支援部部長 稲垣喜一
- 15:05 「外国人ケア人材の日本経験とその広がり」
NPO法人AHPネットワークス 二文字屋修
- 15:25 「ケア従事者の国際移動」
京都大学大学院文学研究科特定准教授 安里和晃
- 15:45 質疑・コメント
- 16:00 閉会

福祉・介護人材確保の見通しと課題

平成28年1月21日

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課

福祉人材確保対策室長

榎原 毅

介護職員の現状

- 介護職員の就業形態は、非正規職員に大きく依存している。
- 介護職員の年齢構成は、介護職員(施設等)については、30～49歳が主流となっているが、訪問介護員においては、60歳以上が約3割を占めている。
- 男女別に見ると、介護職員(施設等)、訪問介護員いずれも女性の比率が高く、男性については40歳未満が主流であるが、女性については40歳以上の割合がいずれの職種も過半数を占めている。

1 就業形態

	正規職員		非正規職員	
			うち常勤労働者	うち短時間労働者
介護職員(施設等)	60.2%	38.7%	14.9%	23.9%
訪問介護員	20.3%	76.9%	10.5%	66.4%

注1 正規職員：雇用している労働者で雇用期間の定めのない者。非正規職員：正規職員以外の労働者(契約職員、嘱託職員、パートタイム労働者等)。
 常勤労働者：1週の前定労働時間が主たる正規職員と同じ労働者。短時間労働者：1週の前定労働時間が主たる正規職員に比べ短い者。
 注2 介護職員(施設等)：訪問介護以外の指定事業所で働く者。訪問介護員：訪問介護事業所で働く者。
 注3 調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。
 【出典】平成26年度介護労働実態調査（財）介護労働安定センター

2 年齢構成(性別・7職種別)

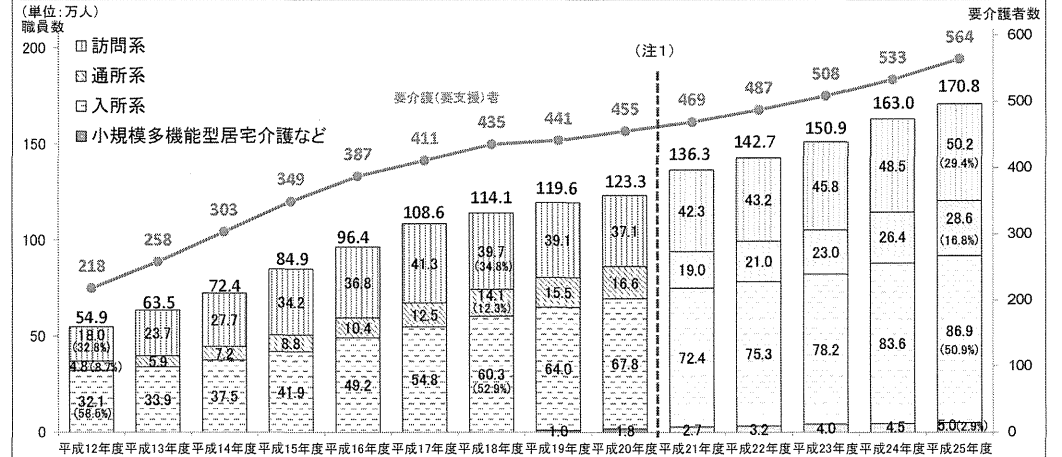
	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上
介護職員(施設等)	1.0%	18.6%	23.9%	23.0%	19.1%	12.3%
男性(23.6%)	1.0%	28.6%	34.6%	17.5%	9.6%	7.0%
女性(74.2%)	1.0%	15.3%	20.6%	24.8%	22.1%	14.0%
訪問介護員	0.2%	4.0%	11.0%	21.1%	26.5%	34.3%
男性(8.2%)	0.4%	12.6%	24.5%	17.7%	18.7%	23.9%
女性(89.6%)	0.2%	3.3%	9.7%	21.4%	27.2%	35.6%

注1 調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。

【出典】平成26年度介護労働実態調査（財）介護労働安定センターを社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において集計。

介護保険制度施行以降の介護職員数の推移(補正後)

○ 介護保険制度の施行後、要介護(要支援)認定者数は増加しており、サービス量の増加に伴い介護職員数も13年間で約3倍に増加している。



注1 平成21～25年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて補正したものを、(平成20年まではほぼ100%の回収率→(例)平成25年の回収率:訪問介護86.7%、通所介護89.5%、介護老人福祉施設91.9%)

補正の考え方:入所系(長期入所生活介護を除く)、通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。

注2 各年の「介護サービス施設・事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設・事業所調査」における利用者数を用いて補正

注3 「訪問リハビリテーション」平成12～24年、特定施設入居者生活介護:平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設:平成18年

※「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。

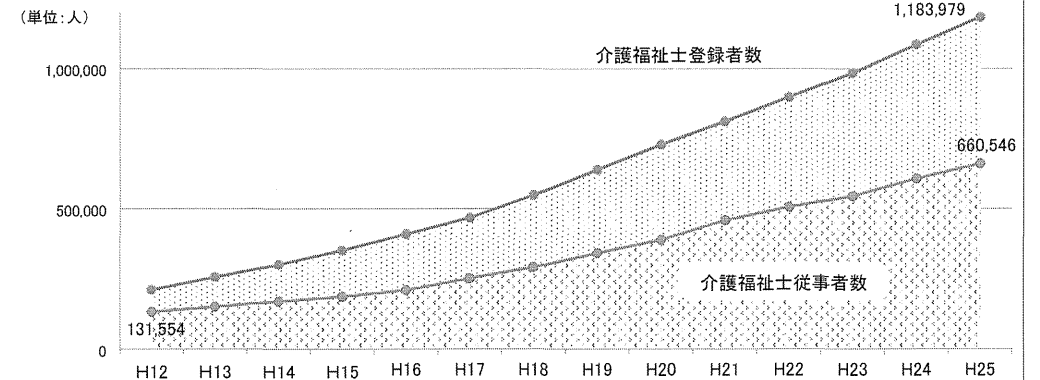
注4 「小規模多機能型居宅介護など」には、「小規模多機能型居宅介護」の他、「複合型サービス」も含まれる。

注5 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)、「介護保険事業状況調査」(要介護(要支援)認定者数)

介護福祉士の登録者数と介護職の従事者数の推移

○ 介護職の中核を担うことが期待される介護福祉士のうち、介護職として従事(障害分野等の福祉分野に従事している者を除く)している者は約6割程度に止まる。



	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
介護福祉士登録者数	210,732	255,953	300,627	351,267	409,369	467,701	547,711	638,354	729,101	811,440	898,429	984,466	1,085,994	1,183,979
介護福祉士の従事者数	131,554	150,331	169,189	186,243	209,552	251,824	291,057	341,290	389,143	458,046	505,330	543,930	607,101	660,546
介護福祉士の従事率	62.4%	58.7%	56.3%	53.0%	51.2%	53.8%	53.1%	53.4%	53.4%	56.4%	56.2%	55.3%	55.9%	55.8%

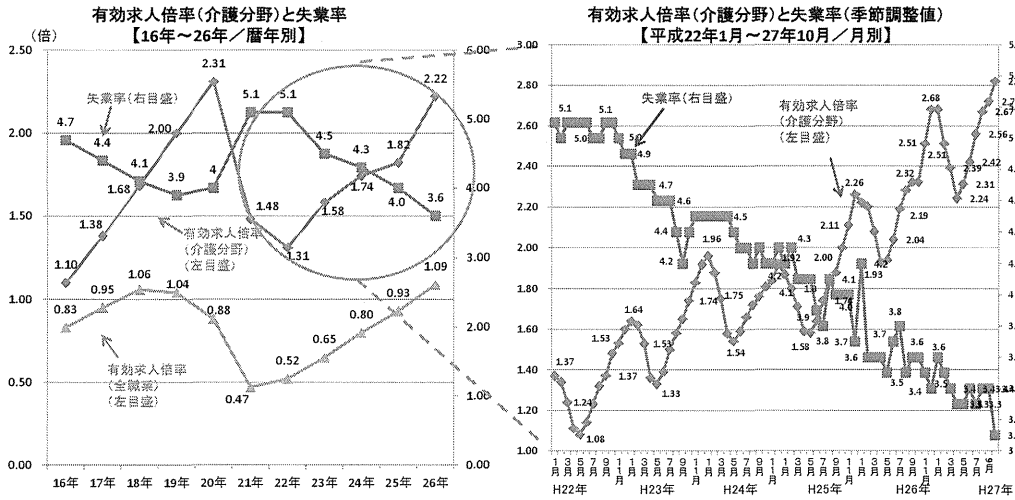
注1 介護福祉士の従事者数について、平成21～25年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて補正している。また、通所リハビリテーションの職員数は含めていない。

【出典】介護福祉士従事者数:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

介護福祉士登録者数:社会福祉振興・試験センター「各年度9月末の登録者数」

介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 ～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護分野の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全産業より高い水準で推移している。

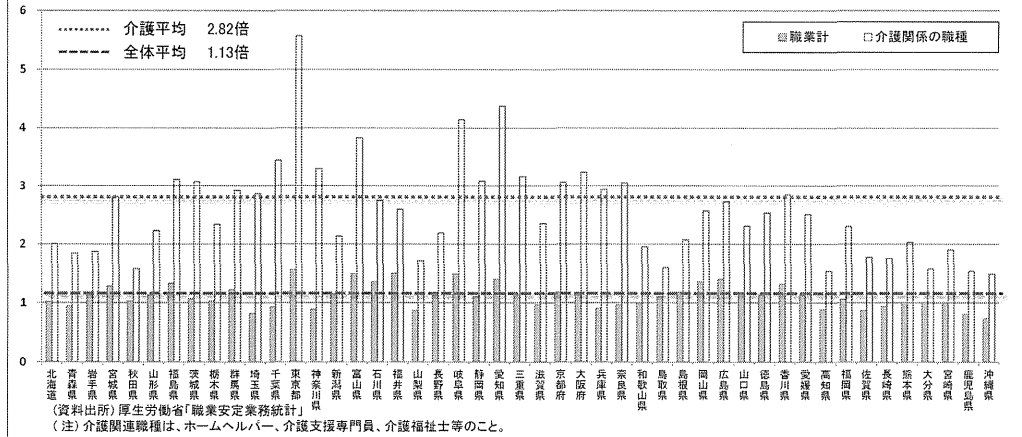


注) 平成22年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。
【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

4

地域ごとの状況(都道府県別有効求人倍率(平成27年10月)と地域別の高齢化の状況)

○ 介護分野の有効求人倍率は、地域ごとに大きな差異があり、地域によって高齢化の状況等も異なる。



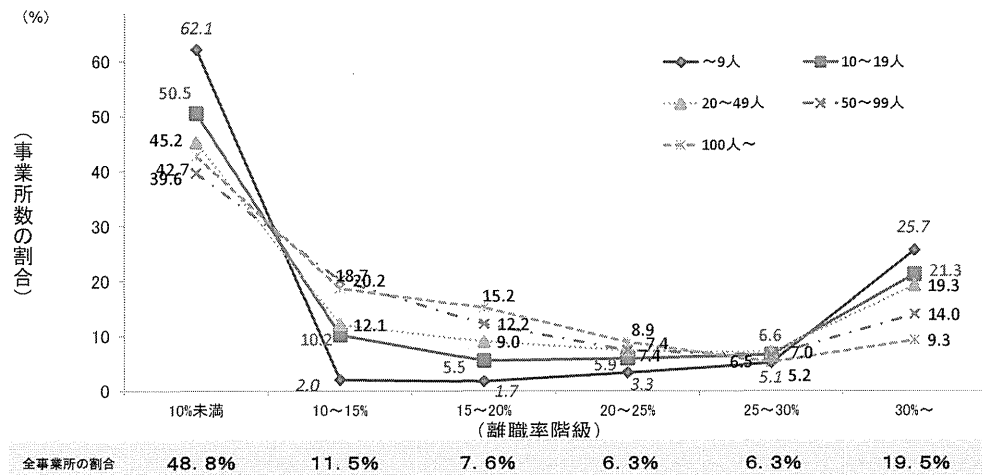
75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年	58.9万人	56.3万人	79.4万人	84.3万人	66.0万人	123.4万人		25.4万人	11.9万人	18.1万人	1419.4万人
<>は割合	<8.2%>	<9.1%>	<8.8%>	<9.5%>	<8.9%>	<9.4%>		<14.9%>	<16.6%>	<15.5%>	<11.1%>
2025年	117.7万人	108.2万人	148.5万人	152.8万人	116.6万人	197.7万人		29.5万人	13.7万人	20.7万人	2178.6万人
<>は割合	<16.8%>	<18.1%>	<16.5%>	<18.2%>	<15.9%>	<15.0%>		<19.4%>	<22.3%>	<20.6%>	<18.1%>
()は倍率	(2.00倍)	(1.92倍)	(1.87倍)	(1.81倍)	(1.77倍)	(1.60倍)		(1.16倍)	(1.15倍)	(1.15倍)	(1.53倍)

5

離職率階級別にみた事業所規模別の状況

○ 介護職員の離職率は、事業所別に見るとバラツキが見られ、10%未満の事業所が約半数である一方、離職率が30%以上と著しく高い事業所も約2割存在する。



注1) 離職率=(1年間離職者数)÷労働者数
注2) 離職率の全産業平均15.6%(厚生労働省「平成25年雇用動向調査」より)
【出典】平成26年度介護労働実態調査(財)介護労働安定センター

6

介護職員の賃金(常勤労働者)

○ 平均年齢・勤続年数に違いがあり、単純な比較はできないが、介護職員の平均賃金の水準は産業計と比較して低い傾向にある。なお、介護職員の勤続年数は産業計と比較して短い傾向にある。

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

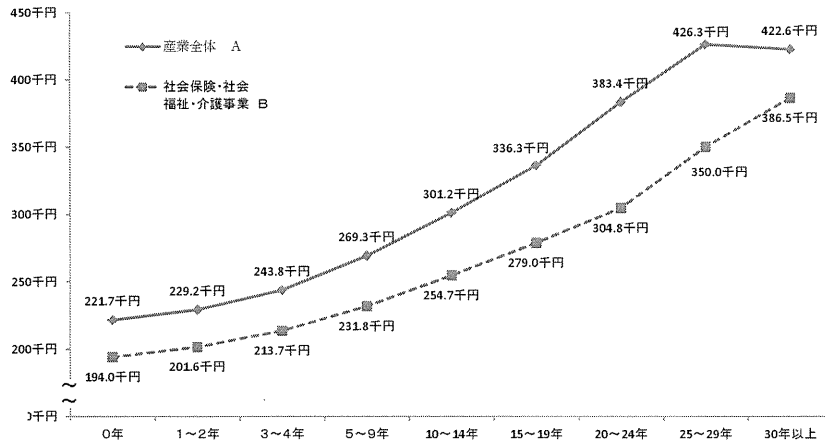
産業別	男女計		男性				女性				
	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	構成比(%)		
産業計	42.1	12.1	329.6	67.2	42.9	13.5	365.7	32.8	40.6	9.3	255.6
医療・福祉	40.7	8.0	294.5	28.4	40.1	8.3	366.5	71.6	40.9	7.9	266.0
社会保険・社会福祉・介護事業	41.2	7.1	240.0	29.3	39.5	7.0	267.3	70.7	41.8	7.1	228.7
サービス業	44.1	9.0	283.6	70.5	45.1	9.9	307.4	29.5	41.7	6.9	226.9
医師	40.8	5.2	892.7	71.1	42.0	5.3	955.4	28.9	38.0	4.6	738.3
看護師	38.9	7.7	329.0	10.0	36.3	6.8	329.7	90.0	39.2	7.8	329.0
准看護師	47.2	10.5	286.2	10.8	42.9	11.3	311.4	89.2	47.7	10.5	283.2
理学療法士・作業療法士	31.3	4.8	274.0	53.1	31.8	4.7	280.2	46.9	30.6	5.0	266.9
保育士	34.8	7.6	216.1	6.6	31.4	6.3	239.4	93.4	35.1	7.7	214.4
ケアマネジャー	46.9	8.0	262.9	26.4	41.1	7.6	282.0	73.6	49.0	8.1	256.0
ホームヘルパー	44.7	5.6	220.7	24.8	39.0	4.1	229.8	75.2	46.6	6.1	217.7
福祉施設介護員	39.5	5.7	219.7	33.6	36.2	5.4	233.4	66.4	41.2	5.9	212.8

注) 常勤労働者とは、賃金構造基本統計調査の一般労働者(短時間労働者以外の労働者)をいう。
短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。
注) サービス業とは、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体・宗教、職業紹介・労働者派遣業が含まれる。
注) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。
注) きまってしまう現金給与額: 労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。
基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。
【出典】厚生労働省「平成26年賃金構造基本統計調査」

7

勤続年数による介護職員と産業全体の賃金(所定内給与)の比較

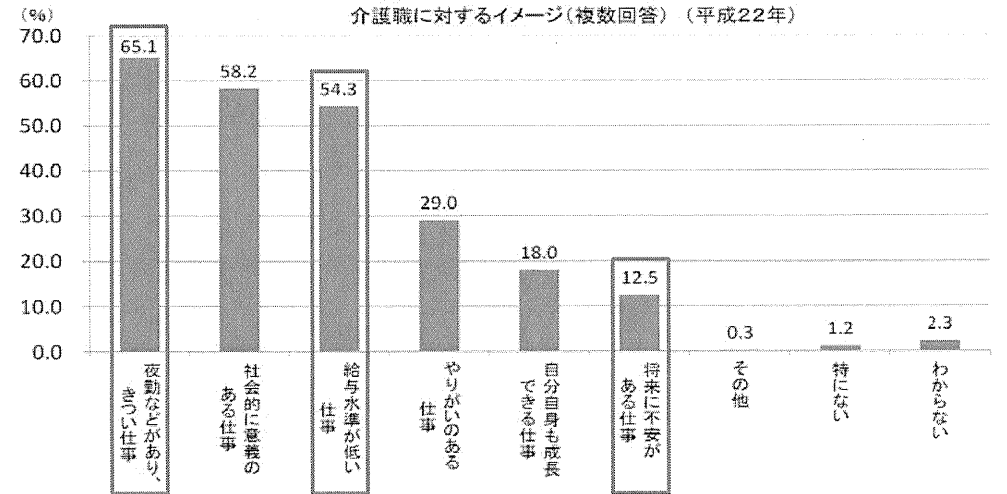
	0年	1~2年	3~4年	5~9年	10~14年	15~19年	20~24年	25~29年	30年以上	勤続年数計
産業全体 A	221.7千円	229.2千円	243.8千円	269.3千円	301.2千円	336.3千円	383.4千円	426.3千円	422.6千円	299.6千円
社会保険・社会福祉・介護事業 B	194.0千円	201.6千円	213.7千円	231.8千円	254.7千円	279.0千円	304.8千円	350.0千円	386.5千円	229.6千円



8

介護に対するイメージ

○ 介護職については肯定的なイメージもある一方で、「夜勤などがあり、きつい仕事」、「給与水準が低い仕事」、「将来に不安がある仕事」など、一面的な見方が流布され、マイナスイメージが生じており、人材の参入の阻害要因となっているとの指摘がある。



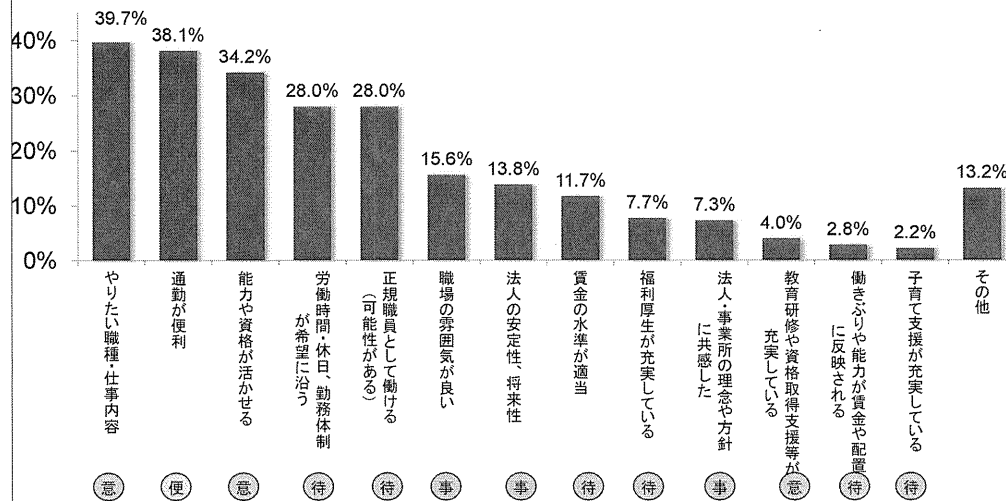
【出典】内閣府「介護保険制度に関する世論調査」(平成22年)

9

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



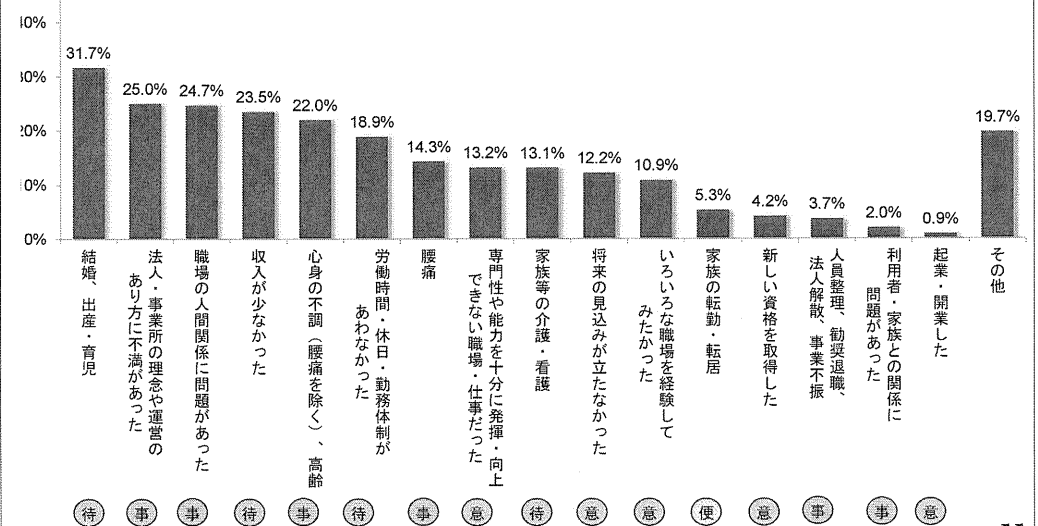
【資料出所】(財)社会福祉振興・試験センター「平成24年度社会福祉士・介護福祉士就労状況調査」

10

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。

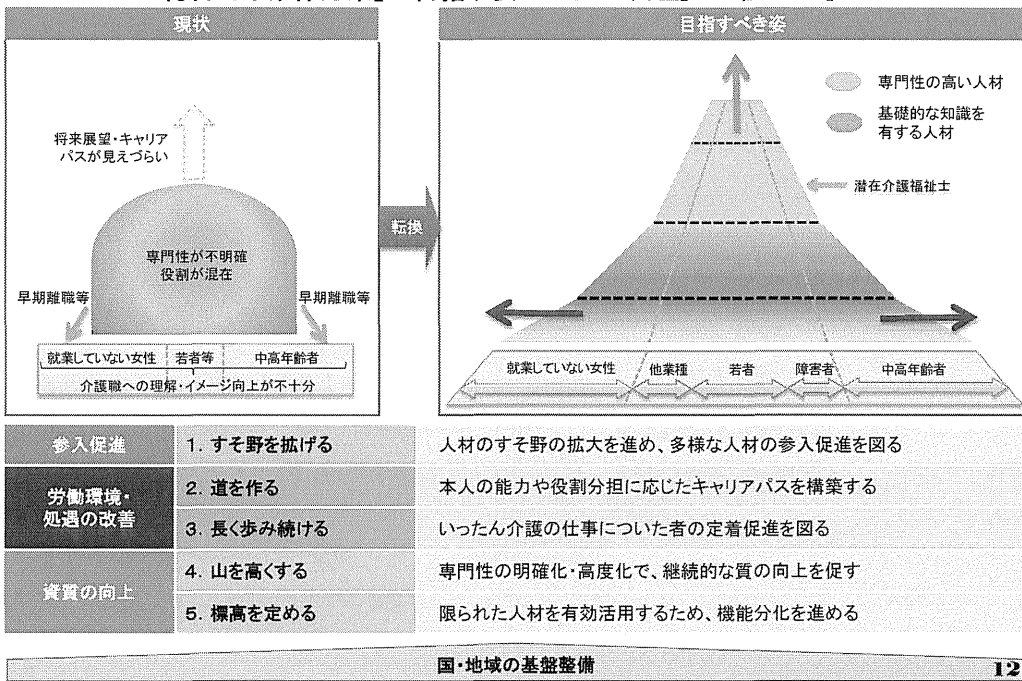
回答の分類: (意) 個人の意識・意欲、(便) 便利さ、(待) 待遇・労働環境、(事) 事業所・経営者のマネジメント



【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・介護福祉士就労状況調査」

11

「総合的な確保方策」の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



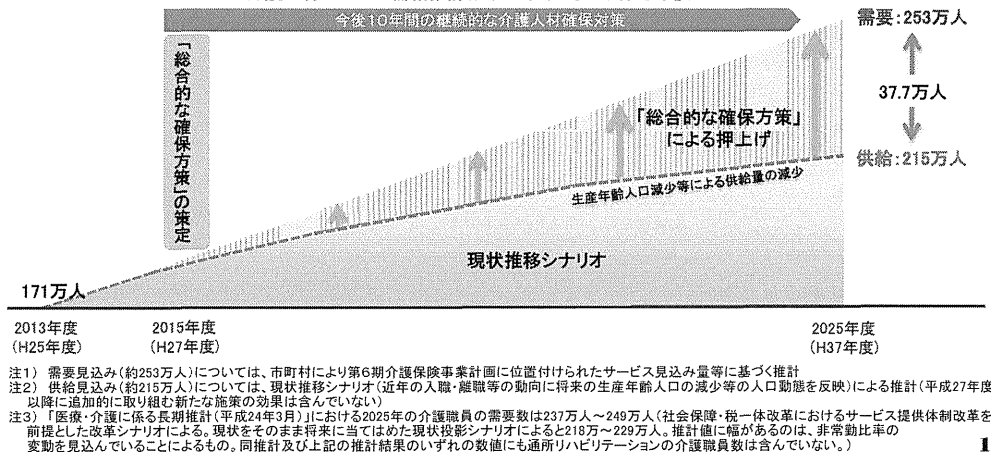
「総合的な確保方策」の主要施策

目指すべき姿	主要施策
<p>参加促進</p> <p>1. すそ野を広げる ～多様な人材の参加促進を図る～</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護の3つの魅力(楽しさ・深さ・広さ)の情報発信によるイメージアップ 高校教師・親の理解促進、地域志向型の若者の掘り起こしの強化 中高年齢者の地域ボランティア参加等の促進 他産業からの参加促進を図るため、通信課程を活用 福祉人材センターの機能強化(サテライト展開やハローワークとの連携等) <p>【予算】 【予算】 【報酬】 【法令】</p>
<p>労働環境・処遇の改善</p> <p>2. 道を作る ～キャリアパスを構築する～</p>	<ul style="list-style-type: none"> 資格取得の支援(実務者研修の受講期間の柔軟化等) 離職した介護福祉士の届出制度創設と再就業支援対策の強化 介護人材のキャリアパスシステム整備の推進 代替職員確保等による研修機会の確保 <p>【法令】 【法令】 【報酬】 【予算】</p>
<p>3. 長く歩み続ける ～定着促進を図る～</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護人材1人当たり月額1万2千円相当の賃金改善 人材育成に取り組む事業所の認証・評価の実施による取組の「見える化」の推進 エルダー・メンター制度の導入支援による早期離職の防止 事業所内保育所の運営支援による出産・育児との両立支援 雇用管理改善の推進(介護ロボット導入支援やICTの活用等) 社会福祉施設職員等退職手当制度を見直しによる定着促進 <p>【報酬】 【予算】 【予算】 【予算】 【法令】</p>
<p>資質の向上</p> <p>4. 山を高くする ～継続的な質の向上を促す～</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士の資格取得方法の見直しによる資質向上 介護福祉士の配置割合の高い施設・事業所に対する報酬上の評価 マネジメントや医療的ケア、認知症ケアなどの研修の受講支援 <p>【法令】 【報酬】 【予算】</p>
<p>5. 標高を定める ～人材の機能分化を進める～</p>	<ul style="list-style-type: none"> 限られた人材を有効に活用するため、その能力や役割分担に応じた適切な人材の組合せや養成の在り方を検討 介護福祉士養成カリキュラムの改正等 未経験者等に対する入門的な研修等の構築 <p>(検討) (検討) (検討)</p>
<p>国・地域の基盤整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 国が示す人材確保のための「基本的な指針」の対象を介護サービス全般へ拡大 地域の関係主体が連携する場を構築し、人材確保のプラットフォームを創設 <p>【法令】 【予算】</p>	

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

- 都道府県推計に基づく介護人材の需給ギャップは37.7万人(需要約253万人、供給約215万人)
- 都道府県においては、第6期介護保険事業支援計画に需給推計結果に基づく需給ギャップを埋める方策を位置付け、2025(平成37)年に向けた取組を実施。
- 国においては、今次常会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像(「総合的な確保方策」)を取りまとめ、2025(平成37)年に向けた取組を総合的・計画的に推進。
- 3年1期の介護保険事業計画と併せたPDCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を充実・改善。

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)



2020年代初頭に向けた総合的な介護人材確保対策

これまでの主な対策	補正予算で講じる追加的対策(444億円)
<p>潜在介護人材の呼び戻し</p> <ul style="list-style-type: none"> 離職した介護人材に対する知識や技術を再確認するための研修 ハローワークや福祉人材センターにおけるマッチング支援の実施 	<p>☆ 離職した介護人材に対する再就職準備金の貸付【261億円の内数】</p> <ul style="list-style-type: none"> 再就職準備金を20万円貸付(1回限り) 介護現場に2年勤務で返還免除 離職した介護人材の届出システムの構築
<p>新規参加促進①</p> <p>介護職を目指す学生の増加・定着支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士養成施設の学生に対する修学資金等の貸付 学校の生徒に対する介護の仕事の理解促進や職場体験 	<p>☆ 介護福祉士養成施設の学生に対する修学資金等の貸付対象者等の拡充【261億円の内数(再掲)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国庫負担割合 9/10相当 学費(5万円以内)月々入学金準備金・就職準備金(各20万円)を貸付 介護現場に5年勤務で返還免除
<p>新規参加促進②</p> <p>介護未経験の中高年齢者をはじめとした地域住民の参加促進</p> <ul style="list-style-type: none"> 中高年齢者に対する職場体験 地域住民による生活支援の担い手の養成 ハローワークや福祉人材センターにおけるマッチング支援の実施(再掲) 	<p>☆ 初任者研修とマッチングの一体的な提供</p> <p>☆ 福祉人材センター、シルバー人材センター、ボランティアセンターの連携による将来の就労を視野に入れている中高年齢者に対する入門的な研修、職場体験の実施</p>
<p>離職防止定着促進</p> <p>雇用管理改善や負担軽減に資する生産性向上等の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2万円相当の介護職員処遇改善の拡充 キャリアアップのための研修の受講負担軽減 代替要員の確保による機会の確保 管理者等に対する雇用管理改善の普及 エルダー・メンター制度の導入支援 	<p>☆ 資格取得のための研修受講の際の代替要員確保</p> <p>☆ 医療的ケア研修の受け皿の整備</p> <p>☆ 介護施設・事業所内保育施設設置の加速化</p> <p>☆ 子育て支援のための代替職員のマッチング(介護職員子育て応援人材ステーションの実施)</p> <p>☆ 雇用管理改善に取り組む事業者のコンテスト・表彰の実施による優良事例の普及・促進</p> <p>☆ 介護ロボットの活用推進、ICTの活用等による文書量の半減【54億円】</p>
<p>既存施策と追加施策による総合的な取組</p>	

介護人材確保対策の強化

日本で就労する外国人のカテゴリー(総数 約78.8万人の内訳)

出入国管理及び難民認定法上、以下の形態での就労が可能。

①就労目的で在留が認められる者 約14.7万人
 (いわゆる「専門的・技術的分野」)
 ・その範囲は「産業及び国民生活等に与える影響」を総合的に勘案して個々の職種毎に決定。
 →「高度に専門的な職業」、「大卒ホワイトカラー、技術者」
 「外国人特有又は特殊な能力等を活かした職業」に大別される。

②身分に基づき在留する者 約33.9万人
 (「定住者」(主に日系人)、「永住者」、「日本人の配偶者等」等)
 ・これらの在留資格は在留中の活動に制限がないため、様々な分野で報酬を受ける活動が可能。

③技能実習 約14.5万人
 技能移転を通じた開発途上国への国際協力が目的。
 平成22年7月1日施行の改正入管法により、技能実習生は入国1年目から雇用関係のある「技能実習」の在留資格が付与されることになった(同日以後に資格変更をした技能実習生も同様。)

④特定活動 約0.9万人
 (EPAに基づく外国人看護師・介護福祉士候補者、ワーキングホリデー、ポイント制による優遇措置を受ける高度外国人材等)
 ・「特定活動」の在留資格で我が国に在留する外国人は、個々の許可の内容により報酬を受ける活動の可否が決定。

⑤資格外活動(留学生のアルバイト等) 約14.7万人
 ・本来の在留資格の活動を阻害しない範囲内(1週28時間等以内)で、相当と認められる場合に報酬を受ける活動が可能。

専門的・技術的分野に該当する主な在留資格	具体例
技術	機械工学等の技術者、システムエンジニア等のエンジニア
人文知識	企画、営業、経理などの事務職、英会話学校などの語学教師、通訳・翻訳、デザイナー
国際業務	外国の事業所からの転勤者で上記2つの在留資格に同じ
企業内転勤	外国料理人、外国建築家、宝石加工、パロット、スポーツ指導者
技能	大学教授
教授	外資系企業の経営者・管理者
投資・経営	弁護士、会計士
法律・会計業務	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師
医療	政府関係機関、企業等の研究者
研究	高等学校、中学校等の語学教師
教育	

- ...「大卒ホワイトカラー、技術者」
- ...「外国人特有又は特殊な能力等を活かした職業」
- ...「高度に専門的な職業」

※外国人雇用状況の届出状況(平成26年10月末現在)による。外国人雇用状況届出制度は、事業主が外国人の雇入れ・離職の際に、氏名、在留資格、在留期間等を確認した上でハローワークへ届出を行うことを義務づける制度(雇用対策法第28条)。なお、「外交」「公用」及び「特別永住者」は対象外である。

「日本再興戦略」改訂2014(抜粋) (平成26年6月24日 閣議決定)

(外国人技能実習制度の見直し)

○対象職種の拡大

現在は技能実習制度の対象とされていないものの、国内外で人材需要が高まることを見込まれる分野・職種のうち、制度趣旨を踏まえ、移転すべき技能として適当なものについて、随時対象職種に追加していく。その際、介護分野については、既存の経済連携協定に基づく介護福祉士候補者の受入れ、及び、検討が進められている介護福祉士資格を取得した留学生に就労を認めることとの関係について整理し、また、日本語要件等の質の担保等のサービス業特有の観点を踏まえつつ、年内を目途に検討し、結論を得る。また、全国一律での対応を要する職種のほか、地域毎の産業特性を踏まえた職種の追加も検討する。

(持続的成長の観点から緊急に対応が必要な分野における新たな就労制度の検討)

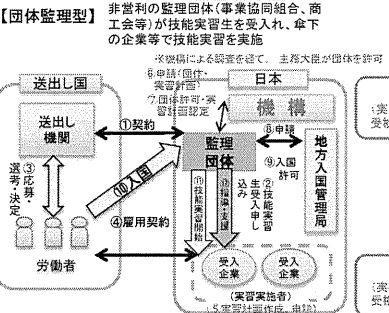
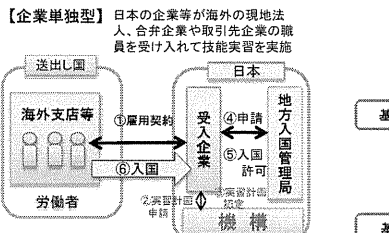
○介護分野の国家資格を取得した外国人留学生の活躍支援等

我が国で学ぶ外国人留学生が、日本の高等教育機関を卒業し、介護福祉士等の特定の国家資格等を取得した場合、引き続き国内で活躍できるよう、在留資格の拡充を含め、就労を認めること等について年内を目途に制度設計等を行う。

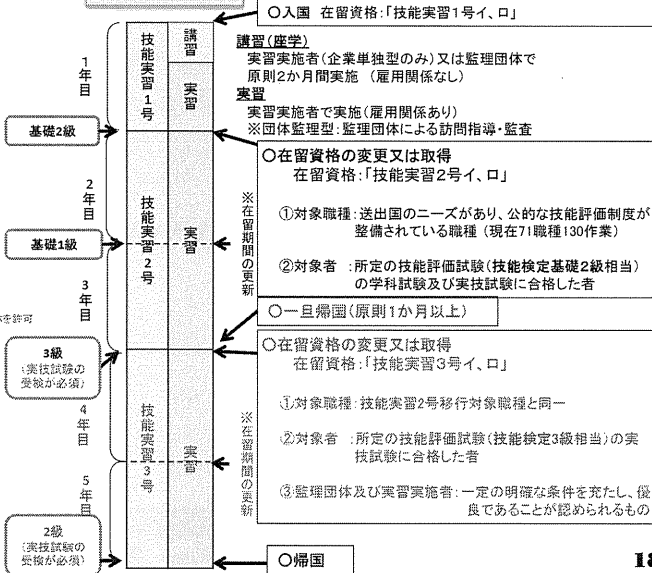
技能実習制度の仕組み(新制度の内容を含む。)

- 技能実習制度は、国際貢献のため、開発途上国等の外国人を日本で一定期間(最長5年間)に限り受け入れ、OJTを通じて技能を移転する制度。(平成5年に制度創設)
- 技能実習生は、入国直後の講習期間以外は、雇用関係の下、労働関係法令等が適用されており、現在全国に約17万人在留している。

技能実習制度の受入れ機関別のタイプ



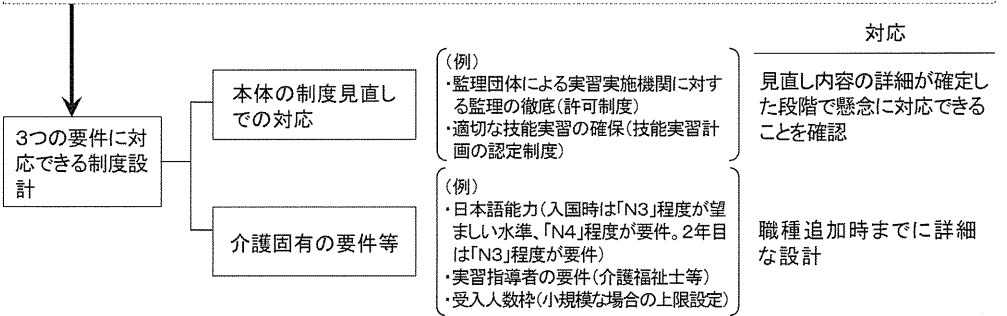
技能実習の流れ



介護職種の追加について

【基本的考え方】

- 外国人介護人材の受入れは、介護人材の確保を目的とするのではなく、技能移転という制度趣旨に沿って対応
- 職種追加に当たっては、介護サービスの特性に基づく様々な懸念に対応するため、以下の3つの要件に対応できることを担保した上で職種追加
 - ① 介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージにならないようにすること
 - ② 外国人について、日本人と同様に適切な処遇を確保し、日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が損なわれないようにすること
 - ③ 介護のサービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにすること



○職種追加に向け、様々な懸念に対応できるよう、具体的な制度設計を進める。
 技能実習制度の見直しの詳細が確定した段階で、介護固有の要件等と併せて、様々な懸念に対応できることを確認する。
 その上で、新たな技能実習制度の施行と同時に、職種追加を行う。

介護職種の追加に係る制度設計の考え方

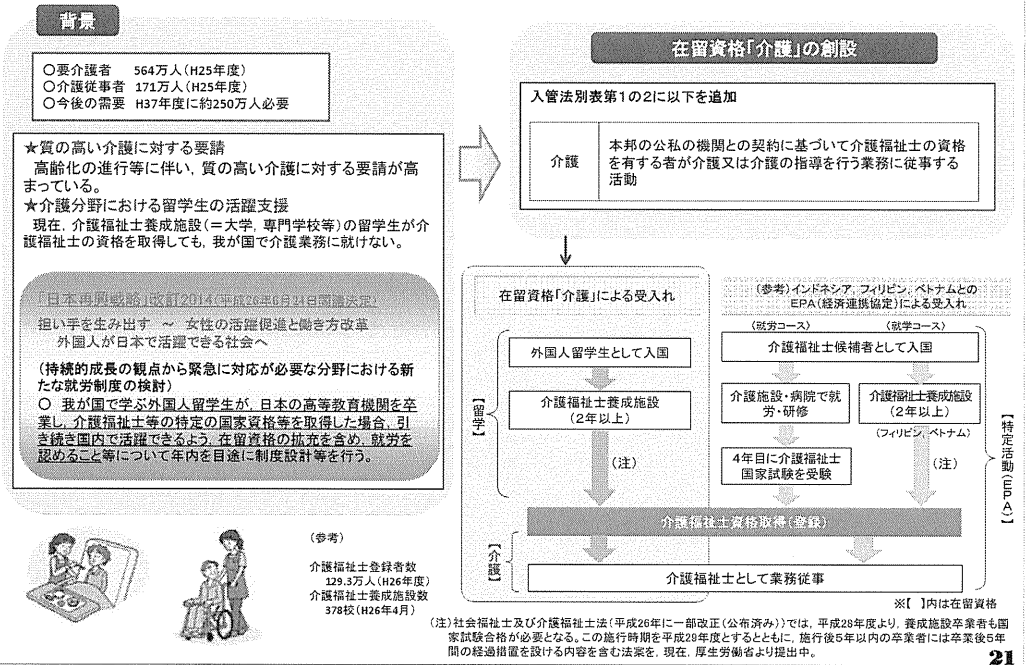
(外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会中間まとめ(平成27年2月4日))

1. 移転対象となる適切な業務内容・範囲の明確化	<p>一定のコミュニケーション能力の習得、人間の尊厳や介護実践の考え方、社会のしくみ・こころからでのしくみ等の理解に裏付けられた以下の業務を、移転対象とする</p> <ul style="list-style-type: none"> 必須業務＝身体介護(入浴、食事、排泄等の介助等) 関連業務＝身体介護以外の支援(掃除、洗濯、調理等)、間接業務(記録、申し送り等) 周辺業務＝その他(お知らせなどの掲示物の管理等)
2. 必要なコミュニケーション能力の確保	<ul style="list-style-type: none"> 1年目(入国時)は「N3」程度が望ましい水準、「N4」程度が要件。2年目は「N3」程度が要件 入国後、OJTや研修等により、専門用語や方言等に対応 <p>(参考)「N3」: 日常的な場面で使われる日本語をある程度理解することができる (日本語能力試験: 独立行政法人国際交流基金、公益財団法人日本国際教育支援協会が実施) 「N4」: 基本的な日本語を理解することができる</p>
3. 適切な評価システムの構築	<ul style="list-style-type: none"> 試験実施機関は、技能実習の新制度で求められる要件を満たす団体を選定 各年の到達水準は以下のとおり <p>1年目 指示の下であれば、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践できるレベル 2年目 指示の下であれば、利用者の心身の状況に応じた介護を一定程度実践できるレベル 3年目 自ら、介護業務の基盤となる能力や考え等に基づき、利用者の心身の状況に応じた介護を一定程度実践できるレベル 5年目 自ら、介護業務の基盤となる能力や考え等に基づき、利用者の心身の状況に応じた介護を実践できるレベル</p>
4. 適切な実習実施機関の対象範囲の設定	<ul style="list-style-type: none"> 「介護」の業務が現に行われている機関を対象とする(介護福祉士国家試験の実務経験対象施設) ただし、技能実習生の人權擁護、適切な在留管理の観点から、訪問系サービスは対象としない 経営が一定程度安定している機関(原則として設立後3年を経過している機関)に限定
5. 適切な実習体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> 受入れ人数の上限: 小規模な受入機関(常勤職員数30人以下の場合、常勤職員総数の10%まで) 受入れ人数の算定基準: 「常勤職員」の範囲を「主たる業務が介護等の業務である者」に限定 技能実習指導員の要件: 介護職として5年以上の経験と有する介護福祉士等 技能実習計画書: 技能移転の対象項目ごとに詳細な作成を求める 入国時の講習: 専門用語や介護の基礎的な事項を学ぶ
6. 日本人との同等処遇の担保	<p>「日本人が従事する場合の報酬と同等額以上であること」を徹底するため、以下の方策を講じる</p> <ul style="list-style-type: none"> 受入時: 賃金規程等の確認 受入後: 訪問指導時の関係者のヒアリングや賃金台帳の確認、監理団体への定期報告(監理団体による確認等)に従わない実習実施機関は、技能実習の実施を認めない
7. 監理団体による監理の徹底	<ul style="list-style-type: none"> 技能実習制度本体の見直しによる、新制度に沿った監理の徹底を図る

20

介護に従事する外国人の受入れ

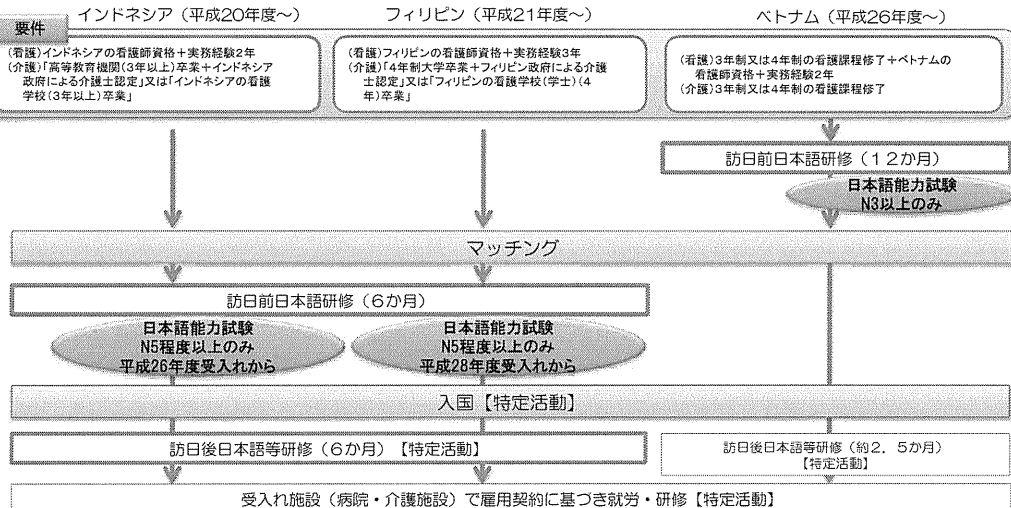
(法務省作成資料)



21

経済連携協定に基づく受入れの枠組み

○ 候補者の受入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応ではなく、二国間の経済活動の連携の強化の観点から、経済連携協定(EPA)に基づき、公的な枠組で特例的に行うものである。

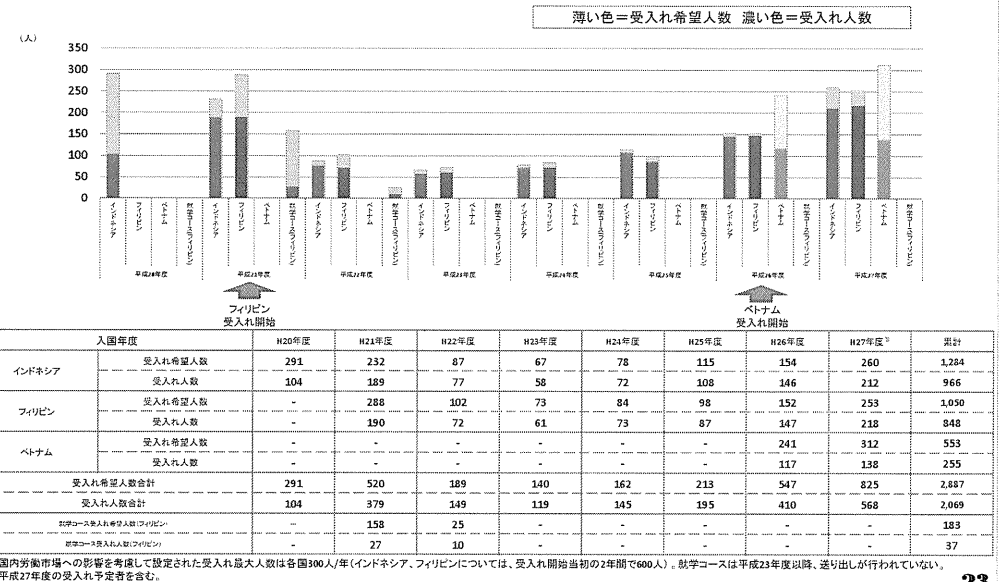


※【】内は在留資格を示す。
※日本語能力試験N2以上の候補者は本邦の日本語研修を免除。
※フィリピン及びベトナムにおいては上記の他に就労コースがある(フィリピンは平成23年度より、ベトナムは入国当初より受入れ実績なし)。

22

経済連携協定に基づく介護福祉士候補者の受入れ人数等の推移

○ EPAに基づく介護福祉士候補者の累計受入れ人数は2,000人超※。



23

外国人介護人材受入れ検討の基本的な視点

【制度の趣旨に沿った検討】

- 外国人介護人材の受入れに係る検討については、人材不足への対応ではなく、以下の各制度の趣旨に沿って進めていく
 - ・ 技能実習 : 日本から相手国への技能移転
 - ・ 資格を取得した留学生への在留資格付与 : 専門的・技術的分野への外国人労働者の受入れ
 - ・ EPA : 経済活動の連携強化を目的とした特例的な受入れ

【国内の人材確保対策】

- 2025(平成37)年に向けた介護人材の確保においては、国内人材の確保対策を充実・強化していくことが基本

【技能実習制度の抜本的見直しとの関係】

- 技能実習制度への介護職種の追加については、
 - ・ 介護サービスの特性に基づく要請に対応できるよう具体的な制度設計を進めつつ、
 - ・ 技能実習法案(平成27年通常国会に提出)に基づく新制度の詳細が確定した段階で、介護サービスの特性に基づく要請に対応できることを確認の上、新制度の施行と同時に職種追加を行うという手順を進める。

(様々な懸念へ対応するための3つの要件)

- ・ 以下の3点について具体的な対応が図られていることが必要
 - ① 介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージとならないようにすること
 - ② 業務内容に応じた適切な処遇を確保し、日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が損なわれないようにすること
 - ③ 介護のサービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにすること

【在留資格「介護」の創設】

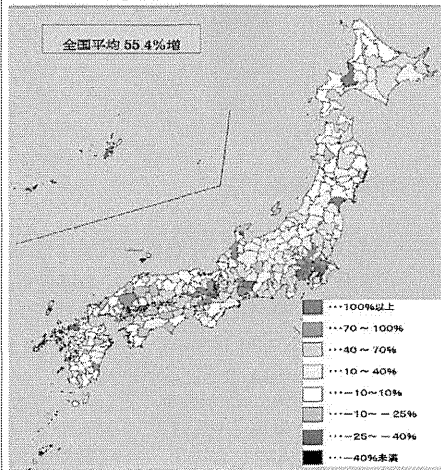
- 介護福祉士養成施設を卒業し、介護福祉士の国家資格を取得した留学生の在留資格「介護」を創設するため、「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律案」を平成27年通常国会に提出。 **24**

「高齢化するアジアにおける厚生労働省の取組」
大臣官房国際課課長 大鶴知之

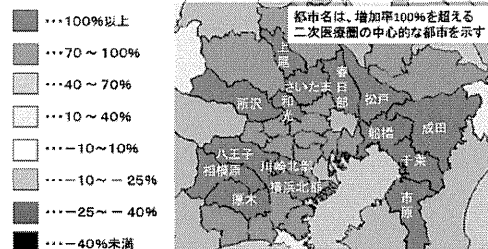


三大都市圏(特に東京圏)の高齢化が今後急速に進行

2010→40年 75歳以上増減率



2010→40年東京周辺の75歳以上人口増減率

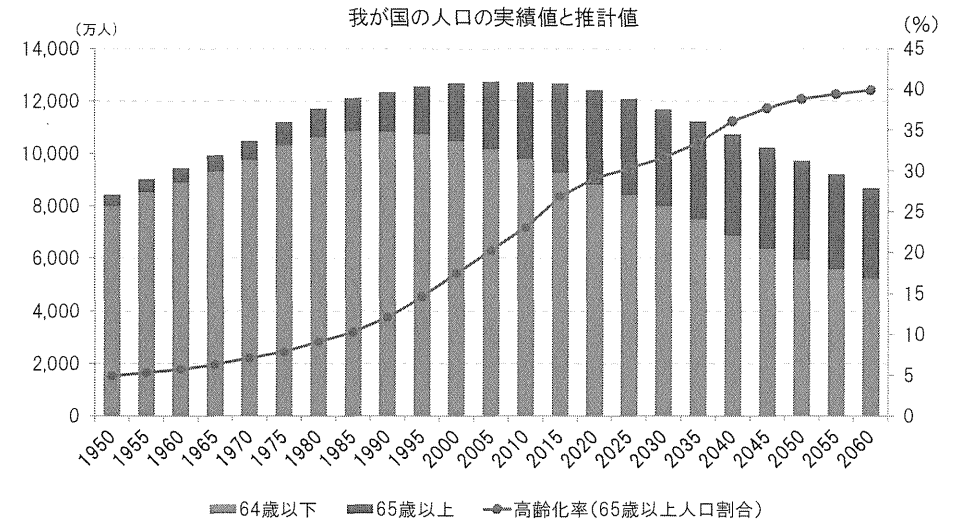


2010年から40年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい、東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県北部は、2010年から40年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

※ 第9回社会保障制度改革国民会議(平成25年4月19日)
高橋教授提出資料

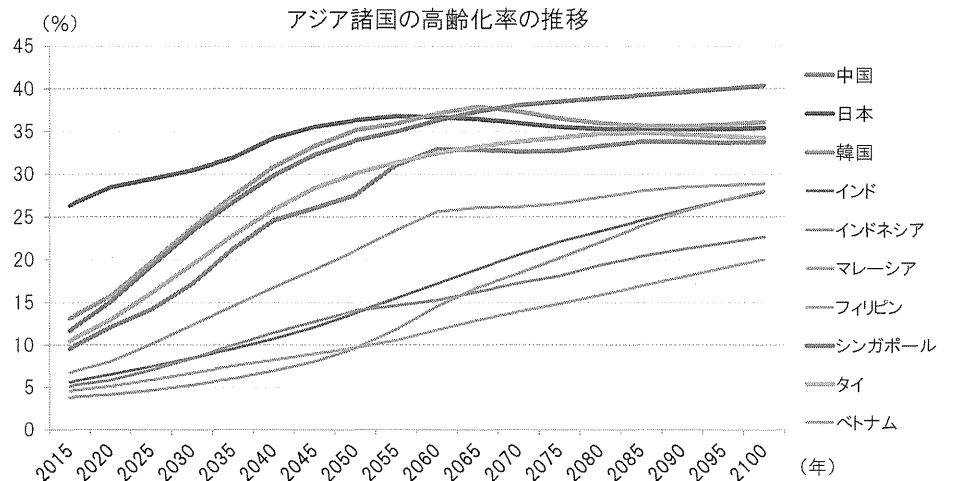
(出所)日本創成会議・人口減少問題検討分科会「ストップ少子化・地方元気戦略」より。

人口減少の中で、高齢化率が上昇



(備考)2010年までは総務省「国勢調査」、15年以降は国立社会保障・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。

韓国、シンガポール、タイ、中国は
2030~2040年頃に高齢化率が25%を超える



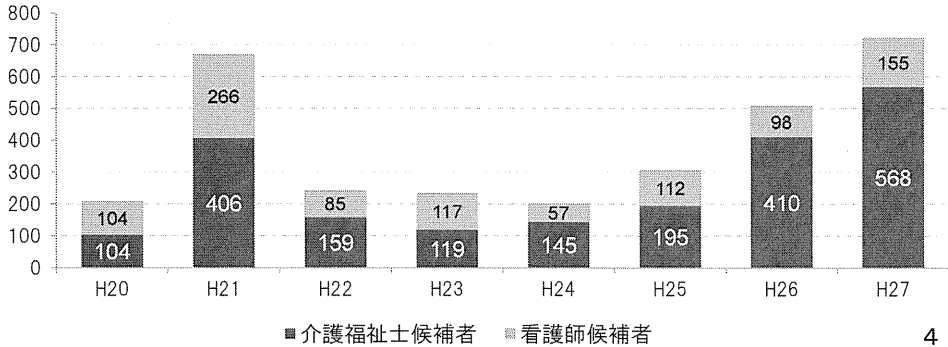
(備考) UN 「World Population Prospects : The 2015Revision」 の中位推計による。

EPAに基づき看護師・介護福祉士候補者を受入れ

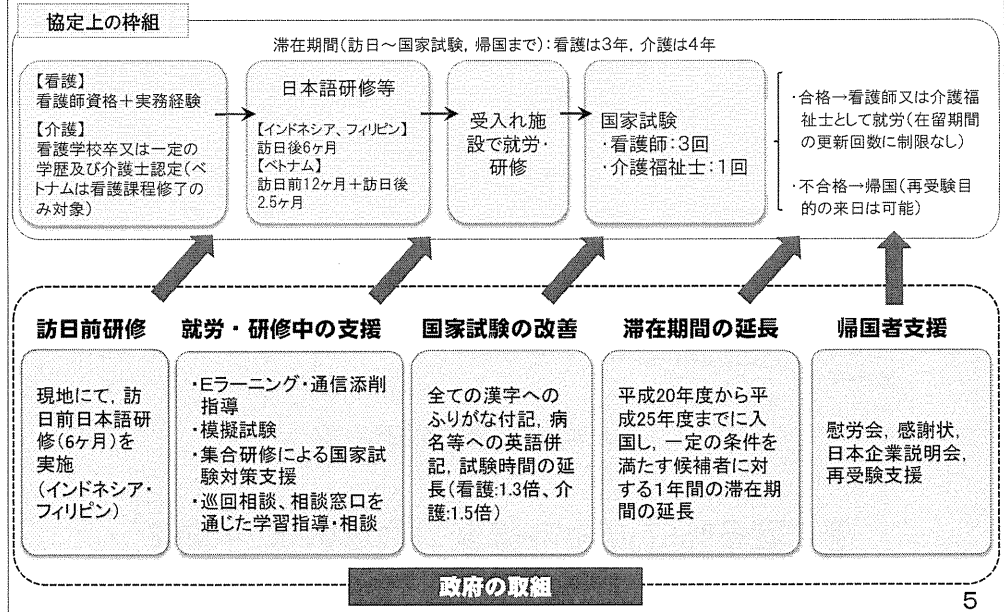
【制度概要】

- EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れは、原則として外国人の就労が認められていない分野において、公的な枠組で特例的に行っている。
※ 二国間の経済活動の連携強化の観点で行い、看護・介護分野の労働力不足への対応が目的ではない
- インドネシアは20年度から、フィリピンは21年度から、ベトナムは26年度から受入れを実施。
- 候補者は、看護師・介護福祉士の国家資格取得を目指し、受入れ機関（病院や介護施設）において研修を受け、就労する。在留期間は、看護3年、介護4年。
- 国家資格取得後は、看護師・介護福祉士として日本国内で就労が可能。

EPA看護師・介護福祉士候補者受入れ人数の推移(3カ国計)



EPA候補者の受入れにおいて様々な取組を実施



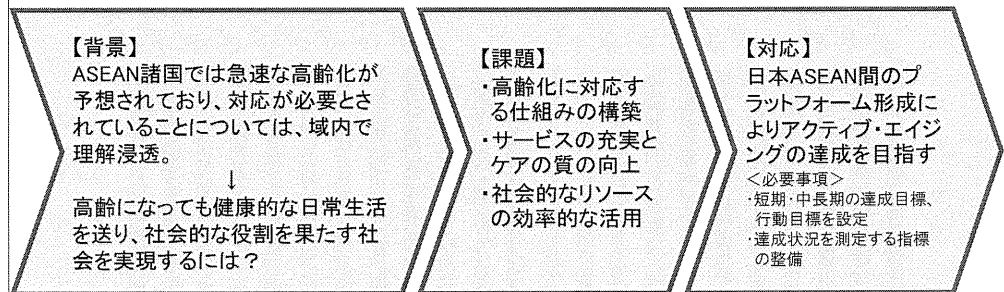
介護分野における外国人労働者の受入れについて検討

「日本再興戦略」改訂2015(抄)

- 介護の対象職種追加に向け、質の担保など、介護サービスの特性に基づく要請に対応できるよう具体的な制度設計を進め、技能実習制度の見直しの詳細が確定した段階で、介護サービスの特性に基づく要請に対応できることを確認の上、新たな技能実習制度の施行と同時に対象職種への追加を行うこととした。
- 本年3月、介護福祉士の国家資格を有する者の国内における就労を認めるための新たな在留資格「介護」の創設を盛り込んだ出入国管理及び難民認定法の一部改正法案を国会に提出した。

関係法案を、先の通常国会へ提出。継続審議となっている。今通常国会での審議・成立を目指す。

アクティブ・エイジングに関する国際協力



【保健医療2035】
ボーダーレス化の時代を迎えるにあたって、医療関係職種が諸外国でも活動できるよう教育課程や資格制度の調和を図っていくことが必要である。

(中略)

単一の病院や名医の海外進出を支援するだけでなく、海外を地域単位で支える医療提供体制のグローバル連携を進める。病院群が連携して中核クラスターを構成し、過疎地域のスーパー診療所との連携により地域全体を支える体制は、国際展開と支援においても有効に機能する可能性がある。こうした国際展開の発展型として、診断・治療提供だけでなく、保健医療の制度設計や運用を含む地域包括ケアシステムそのもの、つまり、地域単位での医療・介護システムの輸出も目指す。

タイにおける高齢化対策プロジェクトを支援

コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉の統合型サービスモデルの形成プロジェクト(CTOP)

【プロジェクト概要】

- コミュニティにおけるボランティア等のマンパワーを活用し、保健医療分野と福祉分野が連携して、効率的に高齢者サービスを提供するサービスモデルを4地域でパイロット的に実施。
- 実施期間：平成19年11月8日～23年11月7日(4年間)

要介護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト(LTOP)

【プロジェクト概要】

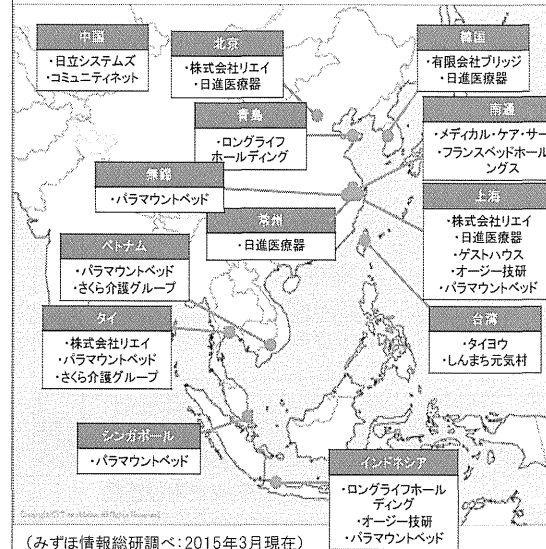
- CTOPの経験を踏まえ、新たに「高齢者介護」に焦点を当てた下記の内容のプロジェクトを6地域(チェンライ、コンケン、ノンタブリ、スラタニ、ナコンラチャシマ、バンコク)で実施。
- ① 要介護高齢者を地域で支えることを可能にする「プロの在宅介護サービスの導入」を見据えた、モデル事業の実施。
 - ・適切なケアマネジメントに基づく、プロのワーカーによる介護サービスのモデルの開発、実施、検証。
 - ・利用者の状況をフォロー・記録し、サービスの効用・便益をエビデンスに基づいて説明。
- ② 先進的な介護技術(ケアマネジメント・看護・リハビリ・認知症介護・福祉用具の導入など)の知見を、研修、テキストの開発を通じて伝達。
- ③ 様々な課題に関し、日本の経験をセミナー等を通じて共有し、タイの将来の政策対応に関し政策提言を行う。
- 実施期間：2013年1月14日～2017年8月31日(4年8か月間)



ご清聴ありがとうございました

日本式システムを海外展開するために

日本式介護・高齢者ケアビジネスの海外進出動向



具体的な取り組み事例

アジアにおける高齢者の実態調査・指標輸出・ネットワーク形成促進事業

- アジアでは今後急速に高齢化が進む一方で、高齢者の実態把握は遅れている。高齢者の情報は、各国の高齢者の介護等ニーズを把握し、制度の有効性、妥当性を検討するのに不可欠。
 - 一 高齢者の日常生活動作の能力、認知症患者の推計、収入、社会参加の状況等、基礎的な情報が不明。
- アジア地域で活用可能なネットワークを形成し、日本の高齢者に関する指標の輸出を図り、日本企業の海外進出の促進に貢献しつつ、各国の効率的な高齢化対策やUHCの促進等に寄与する。