厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究

令和４年度　総括・分担報告書

研究代表者　堀　真奈美

令和５(2023)年３月

目 次

I. 総括研究報告

人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 ……1

堀 真奈美

II.分担研究報告

研究課題1 将来の福祉・保健人材の量的確保に関する研究

分担研究者 駒村康平

報告1 堀真奈美・駒村康平・平澤佑月

保健医療福祉従業者の資格取得等に関するアンケート調査」調査の概要と法人規模(従業員別・収入別)の影響 ……18

報告2 堀真奈美・駒村康平・丸山 桂

複数資格保有の効果と処遇 ……75

報告3 堀真奈美・駒村康平・白石 憲一

保健医療福祉の複数資格取得の離職率 ……102

報告4 堀真奈美・駒村康平・白石 憲一

福祉人材のタイプと複数資格取得・離職行動 ……107

報告5 堀真奈美・駒村康平・山田篤裕

保健医療福祉の複数資格取得および医療福祉業界内の転職と賃金の関係性……112

報告6 堀真奈美・駒村康平・上村一樹

法人の複数資格取得の推進の取り組みと従業員の資格取得数や資格取得意向の関係性 ……136

研究課題2 将来の福祉・保健人材の質的確保に関する研究

分担研究者 古城隆雄

報告7 古城隆雄 黄辰悦 小金澤圭吾 堀真奈美

地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査(名張市) ……147

報告8 小金澤圭吾 古城隆雄 黄辰悦 堀真奈美

地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査(旭川市・鷹栖町)・・・・・・・・・153

報告9　黄辰悦　古城隆雄　　小金澤圭吾　堀真奈美
地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査(座間市、徳島市等)・・・・・・・159

先行研究・文献調査
報告10:堀真奈美　黄辰悦

福祉職間のタスクシフト・シェアについて・・・・・・・・・

資料3　小野 太一　フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格に関する報告
資料4　大西 弘高　北米・アジアにおける保健人材育成政策の現状
資料5　木下 秀雄　ドイツにおける介護専門職の養成制度について
資料6　銭本 隆行　デンマークの教育制度と職業教育にかかわる政策の特徴
資料7　林 千冬　英国における Nursing Associate の養成をめぐって
資料8　高波 千代子　EU 諸国の医療福祉従事者に今後求められるスキルと能力

付録
参考資料（調査票と概要）
……431

令和四年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（22AA2008）」

令和四年度総括研究報告書

研究代表者：堀真奈美

【研究要旨】

研究の目的：

本研究では、「人口減少社会でも持続可能な人材確保のためにふさわしい保健医療福祉資格の在り方に係る政策提言」を目的として、下記の研究課題を設定した。

〇研究課題1

複数資格取得者の実態把握および保健医療福祉職種間のタスクシェア・タスクシフトの「量」的効果、将来の福祉人材需給に与える影響の検証（以下、将来の福祉・保健人材の量的確保に関する研究）

〇研究課題2

複数資格取得者やタスクシェア・タスクシフトが相談支援・重層型支援など地域の福祉サービスの「質」に与える影響の検証（以下、将来の福祉・保健人材の質的確保に関する研究）

〇研究課題3

複数資格取得を容易化すると思われる「共通基礎課程」の実装・運用と継続的発展に向けた関係団体等との対話及び文献調査・試行等（以下、共通基礎課程の実装・運用に向けた検討）

研究の方法：

研究課題1については、作業仮説を設定し、法人ならびに従業員向けにそれぞれのサイドからの資格の評価に関するアンケート調査を実施した。研究課題2については、人口減少社会における人材不足を想定した上でどのような人材が求められるかを、多職種連携の推進が図られている先駆的な地域事例で確認を行った。先行研究・文献調査は、課題1、2のいずれにもかかわるので一体的に実施した。

研究課題3については、本研究とは別の関連研究で整理された対人支援専門職に共通して求められるコンピテンシー及びモデルカリキュラムをもとに、関係団体等へのヒアリングを行うとともに、共通基礎課程の実装及び運用、継続的な発展に係る政策的検討に資する文献調査・試行等を行った。

研究の結果：

＜研究課題1・2＞

・複数資格取得の推進は大規模な法人ほど積極的であることが明らかになったが、どのような支援を行っているかを見ると、従業員規模別で明瞭な違いは確認できない。

・幅広い業務への対応や多職種連携の推進、対象者の相互交流、人材確保・定着手段などの回答については、規模が大きいほど選択する割合が多い傾向がみられる。規模の大きな法人は、同時に多事業を行うことで、「範囲の経済性」を追求しているが、その観点からも複数資格の取得を推進していると考えられる。

・対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有されることで、これまでよりスムーズに行われると思える業務の回答については、法人規模と関係性があり、大規模法人ほど、価値があると評価している。

・離職率については正規職員では規模による差が見受けられないが、非正規労働者の離職率が大規模法人でかなり高いことが確認された。離職率は、供給サイドのみならず需要サイドの要因もある。一つの可能性としては、大規模法人ほど都市部にあり、労働需給が逼迫していることが非正規労働者の離職率の一因の可能性もある。

・従業員が複数資格取得を保有する効果としては、離職回数（実績）と他業界への転職意向を下げる効果が一定程度ある（離職防止効果）。

・複数資格取得の動機がモチベーション型（知識・技能の向上など）の者は、これまでの離職回数（実績）も将来の他業界への転職意向も低い。
・「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を理想的とする姿と考える者ほど、複数資格を取得する傾向にある。
・ただし、現時点では複数資格取得が離職・転職「意向」に影響を与えているとはいえない。法人の支援との関係でみると、「意向」に与えるのは、衛生要因（労働条件等）がより重要である。また、資格保有効果に性別の違いがある。
・複数資格取得の賃金率を上昇する効果はみられる。だが、サンプル数が少ないことや、法人の多くで資格手当がないなど資格が処遇に影響を与えないことから結果の普遍性には留意が必要である。実態把握にはさらに継続的なデータ収集と分析が不可欠である。
・法人の資格取得支援など資格取得コストを低くすると従業員の資格取得意向が高まる。しかし、資格取得意向の強さと転職意向の強さに相関があるため、業界全体にとっては生産性が高まるため望ましいが、当該法人からすると他法人に人材流出するリスクが高まることも示唆される。
・視察調査で訪問したエリア（多職種連携の先進事例）では、無意識であるとしても、トランスディシプリナリー・モデルが適用されていた。
・利用者対応の担当（部署、委託事業者）では総合的な人材が寄り添い、必要に応じて高度専門人材（部署）と情報共有をし、橋渡しを行っていたが、医療機関におけるような指示系統における階層性はない。
・制度が縦割りになっている関係で制度別に担当が決められているケースもあるが、現場で、複数業種間で臨機応変な情報共有や分担する仕組みがあった。
・今後の人口減少をふまえると、インターディシプリナリー・モデルを適用できるのは人数規模が大きな地域に限られるため、将来的には、多職種連携では、トランスディシプリナリー・モデルが職員のモチベーション・やる気の維持において有効であると思われる。また、寄り添い力・コミュニケーション力は重要とされている。
・以上より、先行研究・文献調査でも明らかになったことであるが、人的資源を有効活用し、福祉職のモチベーションを高め、さらに、質の高いサービスを追求するためには、トランスディシプリナリー・モデルに基づく共通基礎課程・複数資格保有人材の育成制度を導入することが求められる。
・ただし、複数資格取得の効果については、アンケート調査でも明らかになったように、現行では、資格取得コストも高く、資格取得手当もない法人が多いなど解釈を行う上での課題が少なくない。法人における労働条件や労働環境の規定要因（施設の規模、人員配置、業務の内容等）を含めて検討を行う必要があると思われる。

＜研究課題3＞

・質の高いサービスの提供や地域共生社会の実現に資するよう、職種や分野を超えて共通言語を身に着けた人材を養成する（質的側面）という方向性については、温度差があるものの、基本的理解と賛同が得られた（看護関係団体を除く）。
・対人支援職種に共通して求められるコンピテンシーをまとめ、これを基盤とする教育を行っていくことについては、賛同意見が大半であったが、コンピテンシー試案については、領域やコンピテンシーの信頼性・妥当性や教育的効果に関する検証の必要性が指摘された他、多くの意見が寄せられた。また、看護師については、自らを共通基礎課程の対象職種に含めることができないとの立場であり、コンピテンシー試案作成の前提が成立しないことから、反対の意見が表明された。
・諸外国においても、社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化をどのように把握し、これを対人支援専門職の教育に反映するか、さまざまな試みが行われている。各国の資格制度の固有の歴史や文脈を踏まえつつ、その知見も活かして対人支援専門職教育及び共通基礎課程実装後の継続的な発展枠組みを検討する必要がある。
・支援職の職業能力及びスキル向上への訴求力を高め、社会の変化に即した人材を養成する道筋の構築には多様なステークホルダー（教育機関、専門職団体、サービス事業者、実業界、利用者、市民、自治体等）間の共通認識・理解が求められる。資格の在り方を検討するには、日本固有の文脈をふまえ、労働力の需給といった量的側面のみならず質的側面を含めた国レベルの将来予測、ビジョンが重要となる。

A. 目的

平成 28 年6月閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において、保健医療福祉の専門資格に共通の基礎課程創設を検討するとされた。翌年平成 29 年 4 月の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」では、対人支援を行う専門職に共通して求められる力（コンピテンシー）等を国レベルで明確化し、地域における検証を経て行うべきとされた。さらに令和に入り、孤独・孤立対策推進会議「孤独・孤立対策の重点計画」（令和3年 12 月）では、福祉・保健・教育等の複数分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫をするとともに、人と人との「つながり」を実感できる地域づくりを推進することとされている。

これに関連し、平成 28 年度厚生労働科学研究「医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究」（研究代表者　大西弘高）は、コンピテンシー基盤型教育や専門職種間連携とその教育を見据えた展望の明確化が望ましいことを指摘し、以上を踏まえた平成 29 年度「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究」（研究代表者　堀田聰子）では、地域共生社会の実現に向けて我が国の対人支援を行う専門職に共通して求められるコンピテンシーの試案作成と試行的なフィールド調査を含めた検討を実施した。

さらに、平成 30 年度～令和 2 年度「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（研究代表者　堀田聰子）は、対人支援専門職（看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士）の4年制大学で1年程度分として導入可能なモデルカリキュラムを開発し、令和3年度に検証した。

上述のように、複数資格に共通する基礎課程の設置など保健・医療・福祉の国家資格の見直しが国で検討されている。だが、こうした国家資格等の見直しが、人口減少社会において深刻化すると思われる保健医療福祉の専門職の人材不足（量的確保）と質の向上にどのような影響を与えるものかは明らかにされていない。

それ以前に複数資格取得者の実態は明らかになっておらず、人材不足感の否めない保健福祉の労働市場にどのような影響を与えるかも不明である。

以上より、本研究では、下記の3つの研究課題を設定し、「人口減少社会でも持続可能な人材確保のためにふさわしい保健医療福祉資格の在り方に係る政策提言」を目的とした。

・研究課題1　複数資格取得者の実態把握および保健医療福祉職種間のタスクシェア・タスクシフトの「量」的効果、将来の福祉人材需給に与える影響の検証（以下、将来の福祉・保健人材の量的確保に関する研究）
・研究課題2　複数資格取得者やタスクシェア・タスクシフトが相談支援・重層型支援など地域の福祉サービスの「質」に与える影響の検証（以下、将来の福祉・保健人材の質的確保に関する研究）
・研究課題3　複数資格取得を容易化すると思われる「共通基礎課程」の実装・運用と継続的発展に向けた関係団体等との対話及び文献調査・試行等（以下、共通基礎課程の実装・運用に向けた検討）

なお、研究課題1及び2は、独立した研究であるが、複数資格取得者やタスクシェア・タスクシフトが地域共生社会の実現を担う人材の量的・質的確保・定着に向けてどのような影響をもたらすかを把握するという共通の問題意識によって成立する研究であることから、一体的に先行研究・文献調査を実施した。

B. 方法

Ⅰ）研究課題1

保健医療福祉専門職間のタスクシェア・タスクシフトや人材の需給推計に関する文献調査及び関係者へのプレヒアリング調査（＋プレ是調査）を行った上で、作業仮説を設定し、社会福祉法人および従業員向けのアンケート調査（オンライン調査）を実施した。

クロス集計、多変量解析により、従業員の複数資格取得が社会福祉法人の運営に与える影響や法人からの離職防止効果、福祉産業からの人材流出防止効果等を検証した。

Ⅱ）研究課題2

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野における人材確保が重要な課題である。人材確保とは単純に量的に充足すればよいだけではなく、質の確保が前提となる。

地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、部門別、特定専門職種の対応だけでは困難な場合も生じているが、将来を見据えて、持続可能な保健福祉資格を保有する人材とはどのような人材かについてステークホルダー間での共通認識が形成されるにはいたっていない。

すでに、複合的なニーズに対し先駆的な取り組みを実施している市町村や組織（助けあい・支えあい・健康づくりなど）では、多職種連携の在り方を含め、実際にどのような人材がどのように業務を行っているのだろうか。また、複数資格取得やタスクシェア・タスクシフトが地域の相談支援やサービスの質にどのような影響を与えうるのかを実態を把握すべく視察調査を実施した。

Ⅲ）研究課題3

平成 30 年度～令和 2 年度「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（研究代表者　堀田聰子）において整理された対人支援専門職に共通して求められるコンピテンシー及びモデルカリキュラム案について、7職種（看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士）の職能団体及び教育関連団体と意見交換を行った。

対人支援専門職の基礎教育の一部共通化が図られている諸外国（フィンランド、デンマーク、オランダ、ドイツ等）を対象として、本研究課題に関連する研究に携わる有識者を招聘し、文献調査を進め、オンライン研究会（7回程度）を通じて各国の状況報告と意見交換を重ね、我が国の対人支援専門職の教育に対する示唆をまとめた。

C. 結果

Ⅰ）研究課題1・2に共通する先行調査

Ⅰ-1）職種間のタスクシェア・タスクシフトの可能性について（先行研究・文献調査、報告 10）

以下の業務には、タスクシェア・タスクシフトの可能性のあることが示唆された。

- 言語聴覚士と介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員間の喀痰吸引の業務
- 社会福祉士と精神保健福祉士間の退院後生活環境相談員の業務
- 社会福祉士と介護福祉士間の相談援助および情報収集・提供の業務
- 介護職と看護補助者間における生活環境に関わる業務（掃除・洗濯等）と日常生活に関わる業務（入浴・排泄・食事・着替え・移動等の介助）

だが、上述のように、職種間においてシェア・シフトできる行為は存在するものの、共有可能な業務範囲は狭く、かつ一部の職種間に留まっていることが明らかになった。

少子高齢化の進行による福祉現場の人材不足が進むなかで、福祉職間のタスクシェア・シフトをより行いやすい制度・環境の整備を優先的に検討することが重要であると思われる。

Ⅰ-2）専門職間の需給推計方法について

（先行研究・文献調査、報告11）

保健医療福祉職の需給推計に関する研究の文献について、管見の限り調査し、6 つの需要推計手法と、4 つの供給推計手法について、整理を行った。

いずれの需給推計の手法も、各専門職種の単一資格保有者を前提とした推計手法を用いていることが明らかになった。

業務独占資格である医師や歯科医師、看護師、また名称独占資格であっても経験的に職域が定まっている理学療法士や作業療法士などは、代替可能な数値に基づき、既存の手法を用いて需給推計が可能であった。

一方、職域が定まっていない名称独占資格の介護福祉士や社会福祉士、精神保健福祉士などは、既存の手法による供給推計は可能であるが、需要推計は専門資格と各業務の紐付け（職域の確定）がない限り、推計は困難であることが明らかとなった。

今後、拡大していくタスクシェア・タスクシフトは、独占されていない業務から行われていくことが予想されるため、名称独占資格の需要推計は更に困難となると考えられる。

特に職域が確定しない福祉分野では、縦割りでの専門資格保有者の需要推計は困難である。社会全体の需要を推計し、それらに対応できる人材の供給を正確にする推計する方が合理的であろう。

非独占の業務を担っているのは、無資格者、単一資格保有者、複数資格保有者であり、これまでの供給推計では、無資格者や複数資格保有者の労働生産性や就労実態が反映されていない。社会全体の需要に対する供給推計と、非独占で専門性の高い業務の需要に対する供給推計に分けて推計することで、精緻化を図ることができるか、今後の課題である。

Ⅰ-3）複数資格取得とモチベーション、その他の効果（先行研究・文献調査、報告12）

複数資格取得とモチベーション、その他の効果について下記が明らかになった。

・複数資格の取得は仕事に対するモチベーション向上につながる。
・一方、複数資格を求めていない施設が存在し、また、複数の資格を保有しても活用できない場合もあることが指摘されている。
・複数資格取得後、職種転換によって仕事に対して満足している人が多く、横断的な視点を得ることで他職種と円滑な連携ができることが複数の研究により報告されている。
・複数資格を保有しているにも関わらず、福祉の現場では単一資格しか十分に活かせない可能性も指摘されている。
・複数資格取得がモチベーション等でプラスになるのは、多職種連携においてインターディシプリナリー・モデルではなく、トランスディシプリナリー・モデルの適用が図られるケースである。
・このモデルでは、福祉職はチームメンバーとしての満足感や自己肯定感をもつことにより、チームに対して肯定的態度・感情を持つことなる。
・チームメンバーが他職種の知識やスキルを使って自由に発言できることから、言語の共有化によって多職種間の共通性に対する認識が促進され、福祉サービスの質向上につながる。

以上より、専門職間の連携は必然である福祉分野において、人的資源を有効活用し、福祉職のモチベーションを高め、さらに、質の高いサービスを追求するためには、トランスディシプリナリー・モデルに基づく共通基礎課程・複数資格保有人材の育成制度を導入することが求められる。

一方、複数資格を取得することの意義や必要性について議論する際は、法人における労働条件や労働環境の規定要因（施設の規模、人員配置、業務の内容等）を含める必要があると考える。

Ⅰ-4）保健福祉専門職種等の離職行動への影響について（先行研究・文献調査、報告13）

離職意向、離職行動、就業継続意向の関係性に着目し、文献調査を実施したところ、以下の点が示唆された。

・離職意向は離職を希望している状態、離職行動は実際に離職する行為、就業継続意向は就業の継続を希望している状態と定義されていた。

・日本の保健福祉職について、離職意向と離職行動、就業継続意向の構造について分析した先行研究は、管見の限り見当たらなかった。

・日本において、縦断的に保健福祉専門職種の離職意向と離職行動に関する調査を実施し、分析することで、離職意向と離職行動の構造が明らかになる可能性が示唆される。

Ⅱ）アンケート調査

（研究課題1）将来の福祉・保健人材の量的確保に関する研究

Ⅱ－1）アンケート調査の概要

以上の先行調査結果と社会福祉法人および従業員へのプレヒアリング調査、プレ調査（非公開を前提とした調査）をふまえて、アンケート調査の作業仮説を設定するとともに質問票を設計した。

調査の概要は以下の通りである。

全国社会福祉法人経営者協議会の協力を得て、加入するすべての社会福祉法人にWeb無記名式で専用のアンケートサイト情報の入った組織宛ならびに従業員宛に協力依頼を行った。調査協力の賛同を得た法人組織ならびに従業員の回答を得た。なお、法人調査は、令和5年2月13日から、従業員調査は2月17日から約1か月の期間で実施した。

法人調査の有効回答数は、516（法人）、従業員調査の有効回答数は、1840である。

（1）法人調査

法人調査では、主に、1）基礎属性（収入規模、参入事業種類、活動範囲、正規・非正規職員数、採用数等）、2）資格の評価（採用・中途採用、資格手当）、3）各種取り組み（処遇改善、人材確保、キャリア形成、業務効率化、やりがい・働き甲斐醸成、多様な働き方、心身健康管理）、4）対人支援専門職に共通して求められる能力（知識・技能）共有の効果、5）理想とする人材像、6）業界における賃金水準の評価、7）複数資格取得を目指しやすくするための仕組みなどの回答を求めた。

作業仮説としては、複数資格を積極的に評価している社会福祉法人は、1）多事業・多機能化が進んでいる、2）法人規模が大きい、3）人事配置を計画的に行っている（採用率が高い）、4）資格取得のインセンティブ付与が行われている、傾向があるとした。

（2）従業員調査

従業員調査における主たる質問項目として、1）資格保有の有無、2）資格保有数と種類、3）複数資格取得の理由、4）複数取得による変化（心境・処遇・働き方）、5）取得方法、6）今後の取得意欲とその理由、7）資格取得における課題、8）資格取得後の処遇、9）資格の意義、10）理想と考える人材像、11）、過去の離転職の経緯（回数、離職理由）、12）前職での保有資格、活用資格、13）勤続年数、職種、14）多職種連携の必要性、15）入職理由、16）雇用形態、17）職場満足度、18）法人を知ったきっかけ、19）収入、20）属性（性別、年齢、学歴、生計維持等）をあげられる。これらの回答をクロス集計および多変量解析を行った。

作業仮説としては、複数資格取得者、そのほかの要因をコントロールしても離職回数が少なくなる傾向にある（離職防止効果）、複数資格取得者は、転職するとしても同業界であり、他業界への流出は少ない（人材流出防止効果）。ただし、複数資格取得の動機、効果によって、福祉人材をモチベーション型（高い倫理観・使命感・責任感、モチベーション維持や専門性向上のために資格取得、離職はするが、福祉業界から退出しない）、インセンティブ型

（賃金を上げるために複数資格取得、金銭的に評価されないと資格を取得、労働条件に応じて福祉業界から退出）でその効果は異なると想定した。

（倫理面への配慮）

WEB調査票への回答は協力に賛同したものだけがアクセスできるようにするとともに、個人の特定・識別ができない匿名化データとした。

Ⅱ－2）アンケート調査の結果

以下、分担研究の概要を述べる。

（報告1）「保健医療福祉従業者の資格取得等に関するアンケート調査」調査の概要と法人規模（従業員別・収入別）の影響

本調査の集計結果の概要と法人規模別の影響をクロス集計表より検討した。結果は以下の通りである。

1） 複数資格取得促進は、従業員規模の大きな法人が積極的である。ただし、資格取得の支援（支援を実施していると法人のみ）で、どのような支援を行っているかを見ると、従業員規模別で明瞭な違いは確認できなかった。

2） 法人が複数資格取得を推進する理由を規模別に見ると、明瞭な違いはあまり見えないが、幅広い業務への対応、法人内の従業員間の多職種連携を推進するため、対象者の相互交流を推進するため（子どもと高齢者等）に有効な手段と考えられる傾向が示された。

3） 資格数に対する報酬、手当については規模間の傾向はみられない。

4） 処遇改善、資質の向上やキャリアパスに関する取り組み、業務効率化の具体的な取り組み内容によって、規模間で違いがある。

5） 対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有されることで、これまでよりスムーズに行われると思える業務への回答の傾向としては、共有の価値については、法人規模と関係性があり、大規模法人のほうが、価値があると評価している。

6） 正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できない。

7） 非正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できないが、大規模な法人でかなり高い離職率となっている。

8） 収入規模が多い法人ほど多数の事業を行い、多くの事業所を経営している。

9） 資格取得の支援については、2 億円未満では消極的であるものの、概ね収入規模の大きい法人ほど支援をする傾向にある。

10） 複数資格取得の促進は、2 億円未満の法人では消極的であり、概ね収入規模の大きな法人が積極的な傾向にある。

以上より、全体として、複数資格取得促進は、従業員規模の大きな法人が積極的であり、推進理由も前向きなものが多い。対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有することについても価値を評価している傾向がある。

だが、平均値や回答傾向だけでは、従業員数ベースでも収入ベースでみてもはっきりと規模や範囲の経済や人材管理政策に特定の傾向が示されているとはいえない。それでも地域限定、事業数、事業所数が少ない小規模法人と、2億円規模以上で複数事業を行い、市町村、都道府県を超えて経営している大規模とは範囲の経済への対応や人材管理政策については、大きな違いがあることが確認できた。

正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できないが、非正規労働者の

離職率が大規模法人でかなり高いことが確認された。この原因については、本報告の他の論文でも詳しく検討している。離職率は、供給サイドのみならず需要サイドの要因もある。一つの可能性としては、大規模法人ほど都市部にあり、労働需給が逼迫していることが非正規労働者の離職率の一因の可能性もある。

ただし、これらの結果は単純集計とクロス集計結果に基づく考察であり、本研究の他の報告でおこなったような追加的な分析を参照する必要がある。

（報告2）複数資格保有の効果と処遇

第一に、資格保有の効果は、資格保有が同じ業界内での転職に有利に働くという側面と、保有していないことが転職を抑制して現状維持を希望する効果の両方を持つことが分かった。

新しい資格取得インセンティブは、資格非保有者よりも資格保有者の方が高く、全体的に業務の幅の広がりや専門性の向上などポジティブな理由で資格取得を希望していることが分かった。

第二に、現在の職場の評価については、転職をしない者は、動機付け要因（仕事の内容、達成感など）、衛生要因（労働条件など）のどちらも評価が高い。

医療保健福祉業界や他業種への転職者はこれが転職をしない者に比べかなり低く、とくに衛生要因に関する満足度が低い傾向にある。法人との取り組みとマッチングさせると、医療保健福祉業界への転職を希望する者が、法人の取り組みを行っていることを評価しない者が多い傾向にあった。社会福祉法人は処遇改善などの取り組みの内容を点検し、より実質的に価値のある取り組みに再設計する必要があろう。

第三に、多項ロジスティック分析の結果、管理職であること、資格がないことや現在の職場環境の評価が高いことは現在の職場にとどまる効果が確認された一方で、賃金水準については非正規労働者の他業界も含めた賃金水準が離転職の意思決定に反映されていることも確認できた。

また、男女で同一産業内での転職希望であるのか、そうでないのかの意向との関連項目は異なり、男性は異なる結果となった。男性は資格を保有していないことは、同業種への転職よりも現在の職場にとどまるインセンティブを高める効果があり、複数の資格取得は異業種への転職を希望しないことの関連性が確認できた。

男女ともに、仕事そのものや充実度を評価すると、その事業所にとどまる効果が強いことが確認出来た一方で、労働条件に関連する衛生要因の低評価が、女性に同業他社や異業種への転職を希望することと関連性が高いことが確認できた。女性が多い産業の特有事情を考慮すると、衛生要因の問題点の解消は急ぐ必要があることが示唆される。

（報告3）保健医療福祉の複数資格取得の離職率

順序ロジットモデルによる分析の結果、保健医療福祉に関する資格を重複して保有することは、これまでの離職回数と将来の他業界への転職意向を下げる効果を持つことが明らかになった。

資格取得を促進するための施策が重要であり、仕事と家庭を両立するための休業制度の充実や、資格保有数に応じた資格手当が必要と考える。

（報告4）福祉人材のタイプと複数資格取得・離職行動

福祉人材の理想とするタイプに着目し、 複数資格取得・離職行動の分析を行ったところ、「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を理想的とする姿と考える者ほど、複数資格を取得する傾向がみられた。また複数資格取得の動機がモチベーション（知識・技能の向上など）であっても、インセン

ティブ（昇進・昇給など）であっても、複数資格を取得する傾向がみられる。

複数資格取得の動機がモチベーション型の者は、これまでの離職回数も将来の他業界への転職意向も低い傾向がみられる。

（報告5）保健医療福祉の複数資格取得および医療福祉業界内の転職と賃金の関係性

報酬体系が都道府県あるいは法人毎に異なることを想定し、都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果（high dimensional fixed effect）を含む回帰モデルに基づき、複数資格取得が賃金率を引き上げているかどうか検証した。分析のため一定程度のサンプルサイズを確保する観点から、本稿では最初に取得した資格が、介護福祉士、訪問介護員、社会福祉士、保育士、幼稚園教諭の 5 資格であるサンプルに限定した。

その結果、主に 5 点のことが明らかになった。

第一に、子ども関係以外の福祉職（高齢者関係、障害者関係、その他）、介護職においても保育士資格を有している従事者が 4～9%存在する。また最初の資格が保育士である場合も、18%が介護福祉士資格を、10%が幼稚園教諭資格を、7%が介護支援専門員資格を、同じく7%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得しており、複数資格を活かし、子ども関係以外の福祉職や介護職で活躍している保育士が存在している。

第二に、最初の保有資格が社会福祉士や保育士である場合、転職回数が 1 回多いと社会福祉士は 6%、保育士は 5%賃金率が高い。また最初の保有資格が介護福祉士や社会福祉士である場合、前職が医療福祉業界内でその経験年数が 1 年長いと、介護福祉士の場合に賃金率は 2%、社会福祉士の場合に賃金率は 6%高い。このことから社会福祉士は同じ医療福祉業界内で転職を繰り返しながら、賃金率を高めている可能性がある。

第三に、現在就いている職種まで統御すれば、最初の資格が介護福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 5%、社会福祉士資格を追加取得している場合 10%賃金率が高い。また最初の資格が社会福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 23%賃金率は高い。一方、幼稚園教諭の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）は逆に－63%賃金率は低い。また最初の資格が保育士である場合、精神保健福祉士の資格を追加取得した場合（ただし 2 サンプルのみ）66%賃金率は高い一方、公認心理士の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）、－68%賃金率は低い。

第四に、45%の法人はそもそも資格手当がない。また資格数に比例して資格手当額が高くなるのは全体で 19%に過ぎない。手当額といった観点から複数資格取得は賃金率を高める要素となっていない可能性がある。新たな資格取得のためには、金銭と時間の両面で大きな制約があることが自由記述欄（保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見）からもうかがえ、コストに見合う賃金率上昇がないのであれば、複数資格取得へのインセンティブは乏しいものと考えられる。

第五に、同記述欄では、そうしたコストを引き下げる方法として、学生時代における複数資格取得者の養成促進、資格横断的な共通科目編成、仕事と両立させるためオンデマンド通信制授業・夜間授業・職場での講習・授業、同時取得の際の実習の共通化、等の提案がなされていた。

以上の結果については 2 点のデータ制約に関する留保がある。第一にパネル調査ではないため、仕事や資格取得に対する意欲や福祉人材としての資質など異時点間で変化が無い個人固有の異質性を十分統御しきれていない可能性がある。第二に回収率が、法人調査ベースで 7%、法人・従業員マッチングデータベースで 3%と低いことである 。一般的な郵送留置調査でも 20%以上であることを考慮すると、この回収率の低さが推計結果にどのようなバイアス

を生み出しているか未知である。

このように個人の異質性が十分統御されておらず、また回収率の低さもあり、以上の分析から直接的な政策インプリケーションを引き出すことは不適切である。以上の結果はあくまで一つのパイロット・スタディーあるいは一試論の位置づけとして捉えるべきである。

(報告6)法人の複数資格取得の推進の取り組みと従業員の資格取得数や資格取得意向の関係性

将来の資格取得意向並びに、現在の職場に入職してからの資格取得数、の 2 つについて、資格取得の推進の取り組みや、従業員の属性がどのように影響しているのかを確かめた。

その結果、以下の6点が明らかになった。第一に、自身が生計を立てる必要性が高い者ほど資格取得意向が強い。

第二に、非正規雇用の場合は資格取得意向が弱く、現職での取得数が少ない。

第三に、転職意向がある者の方が、資格取得意向が強い。

第四に、資格取得時間を業務に時間にカウントする職場では資格取得意向が強まる。

第五に、資格取得で基本給を上昇させる仕組みを取る職場では資格取得意向が強まり、現職での取得数が増える。

第六に、国家資格に手当を出すと資格取得意向が強まる。

この中でも、特に注意すべきなのは第三の点で、資格取得意向の強さと転職意向の強さに相関がある、ということは、資格取得に積極的な労働者が増えることは、福祉業界全体から見ると、生産性が高まるため望ましいが、当該法人からすると、他法人に人材流出するリスクが高まることを意味する。

しかし、本研究の結果を全体的に概括すると、法人の資格取得支援が、従業員の資格取得を促すことを確認できたといえる。

Ⅲ)視察調査

(研究課題2)将来の福祉・保健人材の質的確保に関する研究

Ⅲ―1)視察調査の概要

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野における人材確保および質向上が重要な課題である。地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、部門別、特定専門職種の対応だけでは困難な場合も生じている。このような状況の中で、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材による多職種連携がこれらの問題に対する解決策の一つになりうる。

そこで、本研究では、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる先進自治体に視察調査を行った。調査対象は、将来的な好事例の横展開を念頭に置き、都市部のベッドタウンである下記の中都市及び小都市とした。

地域共生社会の取り組み、地域包括ケア、重層的支援体制整備事業の実施など先駆的な取り組みを行う自治体(将来的な横展開の可能性をふまえ、主に都市のベッドダウンとして平均的な市町村、規模別)を抽出した。視察対象として選定された自治体は下記の通りである。

・鷹栖町(人口 6700 人):ICT を活用し、多職種連携を J-SOUL ブラザーズを文字って「重層るブラザーズ」など新しい発想で多様な取り組みがなされている。
・名張市(人口 7 万):市が各学校区単位で「まちの保健室」を設置し、看護師や介護福祉士など各種資格保有者が配置され、市民に身近な相談窓口として、心身の問題、身の回りの困りごと等の問題の相談に応じている。
・座間市(人口 13 万):生活困窮者自立支援制度を活用し、「断らない相談」を掲げ、精神保健福祉士等の専門職によるアウトリーチを含めた相談支援や他制度との連携・

協働に積極的に取り組んでいる。

・旭川市（人口 32 万）:「地域まるごと支援員」を設置し、生活支援コーディネーターの機能に加え、世代や属性を越えた多様なつながりを構築している。また、分野を問わず地域の困りごとを包括的に受け止め、解決に繋げるための積極的な働きかけを行っており、地域の困りごとや緊急的課題に対してチームで対応することにより、対象者に効果的な支援を可能としている。

上記は、自治体と社会福祉法人等が連携して、多職種連携を推進し、実施している事例であるが、社会福祉法人の規模によっては独自に同一法人内で多職種連携を可能とする法人もある。そこで、追加調査として、大規模な社会福祉法人で多職種連携を推進している法人（徳島市内にある社会福祉法人（あさがお福祉会）や神戸市内の複数社会福祉法人間で連携を図っている社会福祉法人社会福祉法人連絡協議会（ほっとかへんネットたるみ）にも視察訪問を行った）。

この際、社会福祉法人の従業員に対するプレヒアリング調査において、タスクシェア・タスクシフトといった用語自体が福祉業界では馴染みがない、共通認識ができていないということが明らかになったため、視察調査では、混乱を避けるために、タスクシェア・タスクシフトについて直接的に尋ねることはしていない。

他方、多職種連携という用語については福祉職関係者でも定着をしていることから、多職種連携の実態を把握する中で、タスクシェア・タスクシフトについても間接的にどのように理解しているのを確認した。

なお、本調査の実施に際し、コロナ感染拡大防止の規制等により訪問可能な時期、人数に一定の制限があったことを特記事項として記載する。

Ⅲ―1）視察調査結果の概要

以下、分担研究の概要を述べる。

（報告7）地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査（名張市）

1）多職種連携等の体制

住民主体の地域づくり組織、小学校単位で設置したまちの保健室、市役所内の地域包括支援センター、連携調整担当であるエリアディレクター等、多職種連携、多機関連携を促す仕組みを、長期間の経験と実績を土台に構築していた。

2）多職種連携の具体的な内容

最も身近な住民相談窓口であるまちの保健室の担当者が、住民に伴走し、様々な複合的な生活課題（ヤングケアラー、児童虐待、DV，生活困窮、引きこもり、不登校、難病、障害、空き家、消費者被害等）に対して、行政内外の関係者、関係機関と直接、間接的に連携して対応を行っていた。

3）多職種連携に求められる人材像

専門職に関わらず、住民に寄り添う姿勢、住民や関係者と良好な信頼関係を構築できるコミュニケーション能力が、求められる能力である。

4）先進事例の横展開の可能性

名張市の取り組みは、他の自治体に多くの示唆があると思われる。ただし、名張市の歴史的な背景や住民を含む多くの関係者の間で共有されている問題意識や地道な努力が素地になって、様々な取り組みが機能していることを理解する必要がある。

5）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

複合的な課題を抱えている家庭が今後増加するため、長期間寄り添い、伴走できる総合的な人材が必要性である。専門職種は、高度な専門的な課題を短期集中して解決するために、必要不可欠な人材である。今後は、長期間寄り添い伴走できる人材が必要であり、彼らには高いコミュニケーション能力、住民の課題に対して察知できる高いアンテナを持つことが求められている。

（報告8）地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査（旭川市・鷹栖町）

1）多職種連携等の体制

旭川市では、各専門分野の相談窓口だけでは対応が困難な複合的課題や、制度の狭間にある課題に対応するために、「地域まるごと支援員」を配置し、多職種連携を推進していた。一方、鷹栖町では、ワンストップ相談窓口で包括的に相談を受け、最終的に支援に至るまでのさまざまなフェーズで、多職種が協働できる体制を築くことで、連携を推進していた。

2）多職種連携等の具体的な内容

旭川市では、「地域まるごと支援員」が、既存の支援制度では円滑な支援が困難な世帯に対して、アウトリーチし、関係部署や関係者と連携して、協働で支援を実施していた。一方鷹栖町では、「庁内 LAN」や「ケース共有会議」など、多機関が情報共有や意見交換できるツールや機会を活用し、多機関が協働で伴走支援を実施していた。

3）多職種連携等に求められる人材像

各現場職員に対して、職員自身の持っている専門性とその誇り、課題解決への熱意、コミュニケーション能力や調整力などの人間力が求められていた。

4）先進事例の横展開の可能性

行政から現場の職員まで含め、実際の事例を通して、福祉体制の在り方を検討し、実践していくことが重要である。他の自治体が参考にする時は、それぞれの地域事情を踏まえながら、自治体の強みを生かし、弱みを補完するような形で、先進的な事例を取り入れ、福祉体制の構築を図ることが重要である。

5）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

人材育成の観点では、専門職養成課程の時点で、世帯支援の視点で実践も含めた知識を身につけることとコミュニケーション能力を育成することが重要である。人材確保の観点では、求職者に対して、具体的に地域支援の実際の姿や、福祉職のやりがいを発信することが重要である。人材流出防止の観点では、職員が福祉業界で働くことで得られる専門職としての誇り、やりがいを持てることが重要である。

（報告9）地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査（座間市、徳島市等）

1）多職種連携等の体制

多職種間の連携は情報共有ツールの導入によって円滑に進められ、部門間の橋渡しにもなっていた。また、同一組織内での複数部門間における多職種間の業務連携・共有も進められており、オールマイティな人材を育成し最適な配置をすることで横のつながりを意識した連携推進アプローチの活用も期待される。

2）多職種連携の具体的な内容

相談を中心とする業務を複数の職種が担当する場合は、複数の職種間で業務内容の分担が必要になる。一方、一人の職員が複数の業務にオールマイティに対応する場合は、他の職種への橋渡しが必要になる。

3）多職種連携に求められる人材像

専門職と非専門職が協働的な関係を構築するには、共通言語に対する職種間の認識のズレを調整することや目標を共有して、理解しようとする人材が求められる。

4）先進事例の横展開の可能性

大規模な組織では、縦割り組織思考によるコミュニケーションの希薄化がある。また自治体の地域特性による意識の違いがあるため、そのままの横展開は難しい。

5）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

専門性の高い人材、総合的な知識を備えた人材等が求められている一方、人材確保のために資格要件の緩和が重要であるという意見があった。いずれにせよ、多職種が連携しやすい環境基盤の整備を優先的に検討する必要がある。

Ⅳ）研究課題Ⅲ　共通基礎課程の実装・運用

に向けた検討

以下、分担研究の概要を述べる。

Ⅳ－1）関係団体との意見交換

（報告 14）

・対人支援専門職が職種を超えて共通言語を学び、より質の高いサービスの提供や地域共生社会の実現に資する人材を養成するという方向性については、総論としては概ね賛同が得られた。

・ また、これを養成課程に共通の基礎課程を創設することによって実現する方針についても、看護関係団体を除き、基本的な理解が見られた。メリットとして、導入に伴うカリキュラムの整理や見直し機会の創出、コンピテンシー基盤型教育やルーブリック評価等の教育手法導入機会の創出、多職種連携科目の充実といった教育の質の確保、学生が在学中の進路変更を行いやすくすること、高校生へのアピールにつながること、コンソーシアムが認められることで地域における養成校の連携・協働が促進される可能性等があげられた。

・ ただし当面導入する対象を 7 職種・4 年制大学とすることについては多くの疑問が呈された。看護師については、看護師を除く職種への導入は異論がないが、看護学教育が規定されることに JANPU より反対の立場が表明された。また、まず対人支援専門職教育の 4 年制大学化を進め、そのあと 7 職種に限定せず幅広く共通基礎課程を設定するほうがよいのではないかという意見、まず医療系・福祉系のなかで近接する資格間の共通化あるいはその拡充から進めたほうがよいのではないかという意見、短大や専門学校も同時に導入したほうがよいのではないかという意見、現状が多様なルートであることを前提にしたグランドデザインが必要であるという意見が複数あげられた。

・ 実装上の課題として、カリキュラムの見直し・整備にかかる負担、各資格のカリキュラム改正の時期との兼ね合いにかかわる言及があったほか、国家試験や指定規則、モデル・コア・カリキュラムとの関係を見えやすくするべきという声が聞かれた。また、教育の質の確保、共通基礎課程そのものに対する評価の必要性に関する意見もあった。

・ 議論の成熟のために、意見交換を行った関係団体、文部科学省の参加を得て協議を進める必要があるという提案もあった。

・コンピテンシー試案とモデルカリキュラムについては、共通して修得すべきコンピテンシーをまとめることの意義に賛同する意見が多かった一方で、個々のコンピテンシー及びモデルカリキュラムのボリューム、実装上の課題の指摘も多数あった。

Ⅳ－2）諸外国における対人支援専門職教育の状況

（報告 15）諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査

① 社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化の把握

＜社会環境と支援ニーズの変化の把握・ケア資源の将来計画への反映＞

・国家教育審議会による将来予測に基づき、保健医療福祉サービス分野の人材の質的予測を行い、向こう 15 年間の高齢者向けサービス分野の変化について4つのシナリオを設定して、シナリオの「幅」の範囲内で求められる職業能力とスキルに係るニーズを予測（フィンランド）。

・国レベルの分析はもとよりモデル地区として選定されたインキュベーション地域を基盤としたモニタリング・評価、ナレッジシェアリングを行っていた。具体的には、利用者/事業者/保険者/教育機関/自治体（市・州）間の対話に基づいて将来（2030 年）のケア予測を行い、ケアマップを作成したうえでベストプラクティスを分析・共有し、さらなるアクションにつなげた（オランダ）。

・定性的アプローチと各国固有に文脈に基づく定量的アプローチを組み合わせて政策レベルの適切な意思決定に効果的な情報を提供（EU）。

＜実装・運用を行う上で求められる対応及び

基盤整備＞

・ラヒホイタヤ創設に関する関係者間の合意形成プロセスは、まずサービス提供及び教育の両面において安定的な供給責任を有する主体（地方自治体）が新たな資格職の必要性を提唱、また職能団体や保健医療福祉セクターの視点のみならず国全体の経済/社会構造を見通した将来の在り方を示したこと。当初反対の意向を示していた関連職能団体については、制度設計の議論に巻き込み、それらの意見をも十分取り入れた上で合意形成を行った（フィンランド）。

② 対人支援専門職教育の在り方への反映

・1993 年、保健医療分野と福祉（社会サービス）分野の 10 資格（基礎看護師、精神障害領域助手、歯科領域助手、小児領域助手、リハビリ領域助手、足ケア士、救急領域助手、知的障害領域ケアワーカー、ホームヘルパー、保育助手）を統合したラヒホイタヤが創設された（フィンランド）。

・深刻化する看護師不足への対策の切り札として、新たに Nursing Associate（補助者と看護師の中間のような資格）の養成が 2017 年から開始された（イギリス）

・介護職法（2017）が施行され、高齢者介護士・看護師・小児看護師等の養成が統合した。1～2年次は共通課程であり、3年次の専攻に応じて「介護専門職」「高齢者介護専門職」「小児看護専門職」の資格を取得する（ドイツ）。

・保健医療福祉職に共通した基礎課程は存在しなかったが、ペダゴー（社会教育士）は3職種を統合した（デンマーク）。

③ 教育内容・教材・教授法の進化

・2017 年の職業訓練法改正により、教育機関に対する補助金支給はアウトカム、効率、効果に応じた助成方式に変更し、修了ユニット数や資格数、就職や進学実績、学生や雇用者からのフィードバック等を重視した構成となった。また教育機関自らの教育内容、その質や効果等に係る自己評価とともに、定期的に外部評価を受けることが義務付けられている。（フィンランド）。

・実業界との関わりが国、地域、個別の教育機関のいずれのレベルにおいても職業教育訓練の質確保において重要との観点から、実業界の代表者で構成される「実業界委員会」が教育ニーズの予測、職業資格の開発、教育機関におけるコンピテンス測定評価実施計画の準備等に関わるとともに、個々の学生のコンピテンス開発計画、職場での教育実施、コンピテンス修得の実技評価等にも関わっている（フィンランド）。

・資格枠組みに関する設計は各セクターレベルで行い、教育文化科学省の認定を経て全国に適用される。当該資格に基づく専門職を養成するためのカリキュラムや試験は個々の教育機関レベルで決定される。各教育機関においては、将来に求められるケアのあり方やそのケアを担う専門職の育成について、専門職団体・教育機関・事業団体のみならず、利用当事者としての地域住民等とともに検討し、養成機関における具体的な教育内容に反映（オランダ）。

・国から運営を受託している社会保健職養成学校が職業教育ナレッジセンターを運営し、教材やカリキュラム、研修を開発している。ウェルフェアテクノロジー（WT）については全国に10ヶ所あるナレッジセンターのうち２ヶ所がWTナレッジセンターとしてデジタル化の進む労働市場に対して教育機関と教員の能力を高めるべく研修等を実施（デンマーク）。

D.考察とE. 結論

研究課題1、2を通じて、明らかになったこととは下記の通りである。

1） 複数資格取得の推進は大規模な法人ほど積極的であることが明らかになったが、どのような支援を行っているかを見ると、従業員規模別で明瞭な違いは確認できない。

2） 幅広い業務への対応や多職種連携の推進、対象者の相互交流、人材確保・定着

手段などの回答については、規模が大きいほど選択する割合が多い傾向がみられる。規模の大きな法人は、同時に多事業を行うことで、「範囲の経済性」を追求していることが示唆される。

3) 対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有されることで、これまでよりスムーズに行われると思える業務の回答については、法人規模と関係性があり、大規模法人ほど、価値があると評価している。

4) 離職率については正規職員では規模による差が見受けられないが、非正規労働者の離職率が大規模法人でかなり高いことが確認された。離職率は、供給サイドのみならず需要サイドの要因もある。一つの可能性としては、大規模法人ほど都市部にあり、労働需給が逼迫していることが非正規労働者の離職率の一因の可能性もある。

5) 従業員の複数資格取得は、離職回数（実績）と他業界への転職意向を下げる一定の効果がある。

6) 複数資格取得の動機がモチベーション型（知識・技能の向上など）の者は、これまでの離職回数（実績）も将来の他業界への転職意向も低い。

7) 「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を理想的とする姿と考える者ほど、複数資格を取得する傾向にある。

8) ただし、現時点では複数資格取得が離職・転職「意向」に影響を与えているとはいえない。「意向」に与えるのは、衛生要因（労働条件等）がより重要である。また、資格保有効果に性別の違いがある。

9) 複数資格取得の賃金率を上昇する効果はみられる。だが、サンプル数が少ないことや、法人の多くで資格手当がないなど資格が処遇に影響を与えないことから結果の普遍性には留意が必要である。実態把握にはさらに継続的なデータ収集と分析が不可欠である。

10) 法人の資格取得支援など資格取得コストを低くすると従業員の資格取得意向が高まる。しかし、資格取得意向の強さと転職意向の強さに相関があるため、業界全体にとっては生産性が高まるため望ましいが、当該法人からすると他法人に人材流出するリスクが高まることも示唆される。

11) 視察調査で訪問したエリア（多職種連携の先進事例）では、無意識であるとしても、トランスディシプリナリー・モデルが適用されていた。

12) 利用者対応の担当（部署、委託事業者）では総合的な人材が寄り添い、必要に応じて高度専門人材（部署）と情報共有をし、橋渡しを行っていたが、医療機関におけるような指示系統における階層性はない。

13) 制度が縦割りになっている関係で制度別に担当が決められているケースもあるが、現場で、複数業種間で臨機応変な情報共有や分担する仕組みがあった。

14) 今後の人口減少をふまえると、役割を固定して人員を配置するインターディシプリナリー・モデルを適用できるのは人数規模が大きな地域に限られると思われるため、将来的には、多職種連携では、トランスディシプリナリー・モデルが職員のモチベーション・やる気の維持において有効であると思われる。また、寄り添い力・コミュニケーション力は重要とされている。

15) 先行研究・文献調査でも明らかになったことであるが、人的資源を有効活用し、福祉職のモチベーションを高め、さらに、質の高いサービスを追求するためには、トランスディシプリナリー・モデルに基づく共通基礎課程・複数資格保有人材の育成制度を導入することが求められる。

以上より、複数資格を取得することを政策的に推進する意義は認められるものの、

今後の資格の在り方を検討する際には、アンケート調査でも明らかになったように、資格取得コストの引き下げや法人における労働条件や労働環境の規定要因（施設の規模、人員配置、業務の内容、正規・非正規の相違等）を含めて検討する必要があるといえる。

研究課題3の考察、主な結論として下記をあげることができる。

（関係団体との意見交換）

1）質の高いサービスの提供や地域共生社会の実現に資するよう、職種や分野を超えて共通言語を身に着けた人材を養成する（質的側面）という方向性については、7職種の職能団体・教育関連団体において、総論としては概ね賛同が得られた。

2）これを養成課程に共通の基礎課程創設によって実現する方針についても、職種による温度差はあるが、看護関係団体を除き、基本的な理解が見られた。

3）ただし、当面の対象を 7 職種・4 年制大学とすることに関する疑問や異論は大きかった。看護師については、他の職種への導入はよいが、看護学教育が規定されることには反対の立場であり（JANPU）、実装プロセスについても、より幅広い職種に／近接する職種から、まず専門職教育の 4 年制大学化から／短大や専門学校も同時になど、関係者のなかで意見が分かれた。

4）対人支援職種に共通して求められるコンピテンシーをまとめ、これを基盤とする教育を行っていくことについては、賛同意見が大半であった。ただし、看護師については、自らを共通基礎課程の対象職種に含めることができないとの立場であり、コンピテンシー試案作成の前提が成立しないことから、作成自体に反対の意見が表明された。

5）コンピテンシー試案については、領域やコンピテンシーの信頼性・妥当性や教育的効果に関する検証の必要性が指摘された他、個々のコンピテンシーについても多くの意見が寄せられたが、全体としては一定の評価が得られ、今後の検討のたたき台として活用可能であると考えられる。

6） モデルカリキュラムについては、国家試験や指定規則、モデル・コア・カリキュラム等との関係を見えやすくすること、カリキュラムの見直しや整備を助ける基準や事例等の必要性についての指摘があった。

7）600 時間・30 単位というボリュームへの懸念も複数の職種からあげられた。各職種において、高度な支援ニーズへの対応という社会的要請もあり、各職種において生涯研修体系の整備も進んでいるなか、卒前教育における水準の設定については、卒後教育との関係にも留意して、関係者と慎重に検討する必要がある。

8）国レベルで地域共生社会の実現に向け、対人支援職種の共通基礎課程創設の検討という方針が示されて久しいが、当面の対象職種とされた 7 職種の関係団体における理解及びスタンスには、極めてばらつきが大きかった。共通基礎課程の実装を目指すのであれば、厚生労働省として関係団体等に改めてその方針及びスケジュールを示すとともに、目的及び内容、対象とする職種や課程、実装プロセスについてグランドデザインを描き、具体的な意見交換及び合意形成の場を設置することが求められる。あわせて関心を寄せる学校を募り、モデル事業として取り組みを開始するなどの対応が不可欠である。

（諸外国における対人支援専門職教育の状況）

9）諸外国においても、社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化をどのように把握し、これを対人支援専門職の教育に反映するか、さまざまな試みが行われており、各国固有の歴史や文脈を踏まえ、その

知見も活かして対人支援専門職教育及び共通基礎課程実装後の継続的な発展枠組みを検討することが求められる。

10） 労働力需給といった量的側面のみならず、我が国固有の文脈における質的な将来予測を国レベルで実施することにより、対人支援職の職業能力及びスキルの将来像に対する訴求力を高め、適宜政策的意思決定に反映させることで社会の変化に即した人材を養成する道筋を構築することが求められる。

11） 将来予測の議論を目的とした多様なステークホルダー（教育機関、専門職団体、サービス事業者、実業界、利用者、市民、自治体等）で構成されるプラットフォームを構築することで、今後予測される社会的変化に即した新たな職業能力やスキル（WT等）を導入する際、現場レベルでの実装可能性が高められ得る。

12） 資格再編を検討する際には、履修免除や修業年限短縮といった効率性のみならず、処遇改善や処遇への反映をセットに進める必要があり、これらの対応が人材確保の一助として貢献し得ることが期待される。

13） 後期中等教育ないし高等教育等、どの教育水準で共通化を図るかについて、中長期的視点で検討の余地がある。

本研究全体としての社会的価値としては、「全世代型社会保障構築会議報告書～全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する～」（令和4年 12 月 16 日）では、「地域共生社会の実現」に向けて、地域生活の中で一人ひとりに寄り添った支援をしていく観点から、医療・介護・福祉の専門職による職種や分野を超えた連携が求められており、それぞれの専門資格の養成課程において共通の基礎的な知識や素養を身につけるとともに、一人の人材が複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫（複数分野の資格の取得、学び直しや中高年の参加の促進も含む。）の検討が必要とされている。本研究で得られた知見は、当該施策を推進するうえでの基礎資料として活用されることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

Mawardi F, Lestari AS, Onishi H, Sasongko EPS, Kusnanto H, Hilmanto D. How Do Elderly People with Malnutrition and Their Families Perceive Collaborative Practice in Primary Care?: A Phenomenological Study. British Journal of Nutrition, 22, 1-19, 2022

Ernawati DK, Sutiari NK, Astuti IW, Onishi H, Sunderland B. Correlation between intercultural sensitivity and collaborative competencies amongst Indonesian healthcare professionals. Journal of Interprofessional Education & Practice, 29, 100538, 2022

大西弘高. 台東病院のポートフォリオカンファランス. 地域医学, 36(7), 569-575, 2022

大西弘高. 共通基礎課程とその実装上の諸課題. 地域ケアリング, 24(6), 30-36, 2022

大西弘高. 患者医師関係と診療. カレントテラピー, 40(2), 143-147, 2022

大西弘高, 藤沼康樹, 堀田聰子. 超高齢社会と総合診療/家庭医療に対するニーズ. カレントテラピー, 40(2), 194-201, 2022

この他、厚生科研成果報告後に、成果報告会を実施、学会・専門雑誌等で公表予定である。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

令和 4 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究
（22AA2008）」

「保健医療福祉従業者の資格取得等に関するアンケート調査」調査の概要と法人規模（従業員別・収入別）の影響

研究代表者　堀真奈美（東海大学健康学部教授）
分担研究者　駒村康平（慶應義塾大学経済学部教授）
研究協力者　平澤祐月（慶應義塾大学大学院経済学研究科後期博士課程）

1. はじめに－本アンケート調査の問題意識

様々な困難を抱える人への福祉サービスを行う社会福祉法人の関わる人事政策、人的資源管理に関する労働経済学的な研究は少ない。

社会福祉法人の提供する福祉サービスの質は、従業員の技能によって大きく左右される。福祉に携わる労働者の技能は、経験や知識によって形成されるが、このうち主に知識の裏付けになるのが各種の資格である。ただし、業務独占の資格が多い医療領域と異なり、社会福祉サービスにおける資格の多くは名称独占であり、その資格がなければ業務が行うことができないわけではない。他方で、福祉の資格は、配置基準や社会福祉法人が受け取る公費、報酬に反映されることもある。この福祉サービスにおける資格の意義、資格の評価、資格の取得がどのように行われているかということについて、労働経済学、人的資源管理論から検討する必要がある。

本研究事業では、このような問題意識から、社会福祉法人および社会福祉法人に勤務する労働者にアンケート調査を行い、1）社会福祉法人が資格についてどのように評価を行っている、資格を中心として人的資源管理政策、人材育成について調査を行い、2）同時に当該福祉法人に勤務している労働者の資格に関する考え方、キャリア形成についての調査を行った。

2. 調査の設計

（1）調査期間

調査期間は 2023 年 2 月 13 日から 3 月 27 日にかけて行った。

（2）調査客体

全国社会福祉法人経営者協議会の加入の社会福祉法人 7908 法人及びその従業員を対象とした。

（3）質問票

「保健医療福祉従業者の資格取得等に関するアンケート調査」の法人調査票と従業員調査票から構成される。まず法人に対して調査協力を行い、加えて同法人の従業員に対しての調査協力を依頼し、法人が従業員調査の協力を受諾した法人従業員に対して、従業員調査を行った。なお、法人の回答については、回答法人名が特定できないように匿名になるように回収した。また回答法人と同法人の所属従業員についてはIDで紐付けしているが、回収は法人経由ではない直接、オンラインで回答するようにしたことで、従業員の回答内容を法人が確認できないようにしている。調査票は巻末の参考資料1を参照されたい。

（4）回収数

法人調査 512 法人から回答を得られた。その内、229 法人が従業員調査に協力への賛同を得られた。従業員調査回収は 1836 件である。

3. 調査結果の概要

（1）回答概要

各質問に関する回答概要は、参考資料2を参照されたい。

（2）回答法人の地理的特性

1）従業員人数規模別法人本部所在地

従業員規模 50 人以下の小規模法人は中国・四国、九州地方の割合が高く、301 人以上になると関東、近畿地方の割合が大きい。

表1　従業員人数規模別集計（%）

従業員数	北海道	東北地方	関東地方	中部地方	近畿地方	中国・四国地方	九州地方	合計
50 人以下	2.00	9.00	21.00	8.00	12.00	**23.00**	**25.00**	100.00
51~100 人	1.72	15.52	22.41	10.34	16.38	18.10	15.52	100.00
101~200 人	1.43	12.86	22.86	16.43	14.29	12.86	19.29	100.00
201~300 人	1.45	14.49	17.39	13.04	18.84	15.94	18.84	100.00
301 人以上	2.20	5.49	**26.37**	16.48	**24.18**	16.48	8.79	100.00
合計	1.74	11.63	22.29	12.98	16.67	17.05	17.64	100.00

2）収入規模別集計

収入規模 2 億円未満の小規模法人は中国・四国、九州地方の割合が高く、20 億円以上

になると関東地方の割合が大きい。

表２　収入規模別集計（%）

収入規模	北海道	東北地方	関東地方	中部地方	近畿地方	中国・四国地方	九州地方	合計
0~2 億未満	0.00	14.00	20.00	16.00	6.00	**24.00**	**20.00**	100.00
2~4 億未満	5.48	10.96	20.55	5.48	16.44	17.81	**23.29**	100.00
4~6 億未満	0.00	13.98	**26.88**	8.60	16.13	18.28	16.13	100.00
6~10 億未満	1.75	10.53	21.05	15.79	15.79	13.16	21.93	100.00
10~15 億未満	1.33	16.00	12.00	16.00	22.67	18.67	13.33	100.00
15~20 億未満	2.22	11.11	20.00	11.11	20.00	17.78	17.78	100.00
20 億以上	1.52	4.55	**34.85**	18.18	18.18	13.64	9.09	100.00
合計	1.74	11.63	22.29	12.98	16.67	17.05	17.64	100.00

4. 経営規模による人的資源政策の特性

（1）社会福祉法人の規模の経済性と範囲の経済性

装置などの固定資本が大きな生産要素を占める製造業の場合は、規模の経済が働くと考えられるが、生産要素の中心が労働であり、労務コストが大半を占める福祉サービスにおいて、規模の経済がどのように発生するかは明瞭でない。規模の経済とは別に、保育、障害、高齢などの多様な事業を展開することでメリット、すなわち範囲の経済が発生する可能性はある[1]。特に人的資源管理に規模や範囲が機能するのかという点、規模により人的資源管理にどのような違いがあるのかという点に着目して考察した。

法人の規模を規定するのは、従業員人数（正規・非正規合計）による規模と総収入の大きさがある。ここでは、従業員規模と総収入による影響を見るために平均値、回答率、クロス集計などを使って分析をした。また規模と事業数の間には関係が強いため本論では、範囲の

[1] 規模の経済とは、投入量の増加以上に生産量が増加する状態であり規模の経済が認められれば規模の拡大が平均費用の低下につながり、より効率的な生産が可能になる。他方、範囲の経済性とは、複数の生産物を生産する場合、それぞれ単独で（すなわち別々の企業で）生産するよりも、同一企業で生産した方が、費用が少なくてすむことをいう。コスト下げる効果としては、「シナジー効果」があり、蓄積したノウハウ、情報、流通、販売などを事業間で共通の費用が共通する場合に発生する。

経済については、特段論考をしていない。

（２）従業員規模別の特性

従業員人数が法人規模を示すものと考え、従業員が多い大規模法人と小規模法人の比較を行った。

従業員の人数規模別の法人数は表３のようになっている。

表３

従業員数	合計
50 人以下	100
51~100 人	116
101~200 人	140
201~300 人	69
301 人以上	91
合計	516

1）従業員別と収入、事業数、事業所数の関係

表４は従業員の人数規模別で収入の関係を見たものであり、従業員数が多い法人ほど収入額（２）が大きくなり、多数の事業を行い（３)、多くの事業所（３）を経営している。

表４

従業員数	収入額（億円）	事業数	事業所数
50 人以下	**2.24**	**1.38**	**2.69**
51~100 人	**4.28**	**1.53**	**4.70**
101~200 人	**7.54**	**2.19**	**8.04**
201~300 人	**14.01**	**2.88**	**13.48**
301 人以上	**33.42**	**3.97**	**27.78**
合計	**11.21**	**2.29**	**10.46**

２）従業員人数別の事業展開

表５は全国規模の事業展開をどの範囲で行っているか（４.「法人の事業はどの範囲で展開していますか」)、従業員人数規模で見たものである。200 人以下の法人では、７割近く同じ市町村にとどまっているが、200 人を超えると都道府県単位、300 人以上になると全国規模の展開をする法人もでてくる。

表5

従業員数	同じ市町村	同じ都道府県の複数の市町村	近隣の都道府県	全国規模	合計
50 人以下	**80.36**	**19.64**	**0.00**	**0.00**	100
51~100 人	**81.13**	**16.98**	**0.94**	**0.94**	100
101~200 人	**68.89**	**28.15**	**1.48**	**1.48**	100
201~300 人	**54.41**	**35.29**	**8.82**	**1.47**	100
301 人以上	**29.67**	**53.85**	**12.09**	**4.40**	100
合計	**63.16**	**30.70**	**4.39**	**1.75**	100

3）新規採用における資格要件

新規職員（「5．新規採用にあたり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか」）の採用にあたっては、従業員規模と明確な関係は確認できない。

表6

従業員数	条件としている（必置資格のみ）	条件としている（必置資格以外も含む）	条件としていない	その他	合計
50 人以下	45.00	6.00	46.00	3.00	100
51~100 人	25.86	6.03	60.34	7.76	100
101~200 人	23.57	5.71	65.71	5.00	100
201~300 人	36.23	4.35	50.72	8.70	100
301 人以上	40.66	7.69	47.25	4.40	100
合計	32.95	6.01	55.43	5.62	100

4）中途採用における資格要件

中途職員の採用（「6．中途採用にあたり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか」）にあたっては、明瞭な規模の特徴を確認することはできなかった。

表7

従業員数	条件としている（必置資格のみ）	条件としている（必置資格以外も含	条件としていない	その他	合計

		む）			
50 人以下	46.00	5.00	46.00	3.00	100
51~100 人	27.59	7.76	57.76	6.90	100
101~200 人	26.43	8.57	59.29	5.71	100
201~300 人	39.13	4.35	47.83	8.70	100
301 人以上	40.66	6.59	46.15	6.59	100
合計	34.69	6.78	52.52	6.01	100

5）資格取得の支援

資格取得（7－1「資格取得について法人において何らかの支援を実施していますか」）の支援については、201－300 人の規模を除くと従業員規模の大きい法人ほど支援をする傾向にある。

表 8

従業員数	実施している割合%
50 人以下	56.00
51~100 人	81.90
101~200 人	85.00
201~300 人	82.61
301 人以上	92.31
合計	79.65

6）資格取得の支援内容

資格取得の支援（支援を実施していると法人のみ）で、どのような支援を行いるか「7－2実施している支援は何ですか？」）を見ると、従業員規模別で明瞭な違いは確認できなかった。

表 9

従業員数	資格取得費用の全額助成	資格取得費用の一部助成	資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	その他
50 人以下	21.43	60.71	37.50	16.07
51~100 人	29.47	56.84	44.21	17.89

101~200 人	21.85	61.34	42.86	26.89
201~300 人	28.07	63.16	35.09	31.58
301 人以上	25.00	70.24	47.62	22.62
合計	25.06	62.29	42.34	23.11

7）複数資格取得の支援

複数資格取得（問 8「従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進していますか」）の促進は、従業員規模の大きな法人が積極的である。

表 10

従業員数	はい	いいえ	どちらともいえない	合計
50 人以下	**45.00**	25.00	30.00	100
51~100 人	**55.17**	7.76	37.07	100
101~200 人	**62.14**	9.29	28.57	100
201~300 人	**66.67**	7.25	26.09	100
301 人以上	**69.23**	2.20	28.57	100
合計	**59.11**	10.47	30.43	100

8）福祉資格取得を推進する理由

法人が複数資格取得を推進する理由（「９．従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進する理由は何ですか。(8 で「はい」と答えた方のみ)」）を規模別に見ると、明瞭な違いはあまり見えないが、④従業員が幅広い業務に対応するため、⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進するため、⑩対象者の相互交流を推進するため（子どもと高齢者等)、⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段と考えられるため、については、規模が大きいほど選択する割合が多い傾向がみられる。④、⑨、⑩については、規模の大きい法人ほど多事業を行っているため、整合性があると考える。⑫についても、規模の大きな法人が人材確保として複数資格を有効とみていることがわかる。

このことから、規模の大きな法人は、同時に多事業を行うことで、「範囲の経済性」を追求しているが、その観点からも複数資格の取得を推進していると理解できる。

表 11

従業員数	①従業員の知	②従業員の給	③従業員の昇	**④従業員が幅**	⑤従業員から	⑥法人内の人	⑦法人内の既	⑧法人内の他	**⑨法人内の従**	**⑩対象者の相**	⑪対象者の多	**⑫保健医療福**

	識・技能の向上のため	与向上の条件としているため	格の要件としているため（管理職登用等）	**広い業務に対応するため**	の要望があるため	事配置・再配置を容易にするため	存事業の多機能化を推進するため	分野事業への多角化を推進するため	**業員間の多職種連携を推進するため**	**互交流を推進するため（子どもと高齢者等）**	様なニーズを包括的に受け止めるため	**祉人材の確保・定着のために有効な手段と考えられるため**
50 人以下	93.33	35.56	20.00	**64.44**	4.44	57.78	44.44	15.56	**42.22**	**4.44**	51.11	**40.00**
51~100 人	100.00	40.63	15.63	**76.56**	26.56	70.31	39.06	10.94	**56.25**	1.56	50.00	**46.88**
101~200 人	97.70	51.72	39.08	75.86	18.39	82.76	55.17	19.54	52.87	**12.64**	45.98	**64.37**
201~300 人	100.00	39.13	28.26	**80.43**	13.04	82.61	47.83	28.26	**56.52**	**15.22**	47.83	50.00
301 人以上	100.00	50.79	23.81	**80.95**	20.63	77.78	53.97	22.22	**65.08**	**17.46**	66.67	**65.08**
合計	98.36	44.92	26.56	**76.07**	17.70	75.41	48.85	19.02	**55.08**	**10.49**	52.13	**55.08**

9）複数資格取得を推進しない理由

法人が複数資格を推進しない理由（10. 従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進しない理由は何ですか（8 で「いいえ」と答えた方のみ））について、規模別に分析したが、大規模法人は複数資格取得を推進しているため、そもそも回答が少ないことを留意する必要がある。規模間の差はあまりないが、そのなかでも⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため、⑧法人内の他分野事業への多角化を推進する必要がない

ためという回答は規模が小さいほど多いことがわかる。小規模法人は、多事業をおこなっていないため「範囲の経済性」を求めていないからであろう。

表 12

従業員数	①従業員の知識・技能の向上につながるとは考えられないため	②従業員の給与向上につながる仕組みを設けていないため	③従業員の昇格の要件としていないため（管理職登用等）	④従業員が幅広い業務に対応することは困難なため	⑤従業員からの要望がないため	⑥法人内の人事配置・再配置が容易になるとは限らないため	**⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため**
50 人以下	20.00	32.00	40.00	20.00	44.00	20.00	**24.00**
51~100 人	0.00	22.22	11.11	22.22	77.78	11.11	**22.22**
101~200 人	0.00	30.77	38.46	15.38	23.08	38.46	**7.69**
201~300 人	0.00	40.00	40.00	20.00	20.00	40.00	**0.00**
301 人以上	0.00	0.00	50.00	0.00	50.00	0.00	**0.00**
合計	9.26	29.63	35.19	18.52	42.59	24.07	**16.67**

従業員数	**⑧法人内の他分野事業への多角化を推進する必要がないため**	⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進する必要がないため	⑩対象者の相互交流を推進する必要がないため（子どもと高齢者等）	⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止める必要がないため	⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段とは考えられないため	⑬その他
50 人以下	**28.00**	32.00	16.00	8.00	16.00	12.00
51~100 人	**22.22**	33.33	11.11	0.00	44.44	0.00
101~200 人	**15.38**	7.69	7.69	0.00	15.38	30.77

201~300 人	**0.00**	0.00	40.00	0.00	0.00	0.00
301 人以上	**0.00**	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00
合計	**20.37**	22.22	14.81	5.56	18.52	12.96

１０）資格取得に対する法人の評価

資格取得による基本給への効果について（11. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有によって基本給は上がりますか。）、規模間での傾向は特段見られない。

表 13

従業員数	① どの資格の保有でも基本給は上がる	②資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	③どの資格の保有でも基本給は上がらない	④その他	合計
50 人以下	21.00	23.00	50.00	6.00	100
51~100 人	19.83	26.72	40.52	12.93	100
101~200 人	16.43	22.86	45.00	15.71	100
201~300 人	21.74	23.19	36.23	18.84	100
301 人以上	15.38	16.48	52.75	15.38	100
合計	18.60	22.67	45.16	13.57	100

１１)資格取得に対する報酬

資格数の対する報酬（12. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当はありますか。）についても規模間の傾向はみられない。

表 14

従業員数	①どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数	②どの資格の保有でも資格手当はあるが、資	③資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあ	④資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあ	⑤資格の種類によらず俸給表は同じであるが、	⑥資格の種類によって俸給表が異なるため、資	⑦その他	合計

	に比例して増える	格数がいくつであっても変わらない	り、資格数に比例して増える	るが、資格数がいくつであっても変わらない	資格手当はない	格手当はない		
50 人以下	10.00	22.00	8.00	15.00	24.00	13.00	8.00	100
51~100 人	8.62	21.55	12.93	14.66	10.34	9.48	22.41	100
101~200 人	13.57	20.71	7.14	14.29	16.43	7.14	20.71	100
201~300 人	13.04	21.74	1.45	14.49	15.94	7.25	26.09	100
301 人以上	8.79	16.48	8.79	21.98	7.69	6.59	29.67	100
合計	10.85	20.54	8.14	15.89	14.92	8.72	20.93	100

１２）資格取得に対する報酬額

資格取得に対する報酬額（13. １資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。(該当しない場合は 0 を入力)）については、集計を行ったすべての資格について、法人規模と資格手当の間には明瞭な関係は確認されなかった（該当しない場合（0 円）および無回答は除外して計算)。

表 15

従業員数	介護福祉士	社会福祉士	精神保健福祉士	保育士	看護師	理学療法士	作業療法士	上記以外の資格最低	上記以外の資格最高
50 人以下	7882	9860	8461	8302	14513	15545	12778	4488	10697
51~100 人	7949	8632	9000	6380	13804	15960	15625	4128	12553
101~20	8407	10576	8880	8435	18068	17666	18200	4000	16295

0 人									
201~300 人	8406	10533	7526	7750	18708	17920	16792	3813	19636
301 人以上	6978	9014	9604	6701	16072	14236	14099	3987	11976
合計	7935	9703	8836	7639	16230	16480	16127	4086	14010

13）法人内部における処遇改善について

処遇改善（14－1　（処遇改善）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）は、規模にかかわらずほぼすべての法人で行われている。

表 16

従業員数	実施している割合
50 人以下	98.00
51~100 人	97.41
101~200 人	97.86
201~300 人	98.55
301 人以上	100.00
合計	98.26

１４）処遇改善の内容

処遇改善の内容（14－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）については、規模間で違いがあり、規模が大きいほど③資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している、④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）、⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている、の選択率が上昇している。

表 17

従業員数	①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と給与体系を整	**②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保し**	③経験もしくは資格に応じて昇給する仕組み又は一定	**④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）**	⑤従業員の経験や勤続年数に応じて給与を加算する仕組みを設けている	**⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている**	⑦その他

	備している	**ている**	準づ定にをす組設いてい基基的給定仕をてるみけるのにい期昇判るみ				
50 人以下	60.20	**65.31**	43.88	**51.02**	51.02	**24.49**	3.06
51~100 人	73.45	**68.14**	62.83	**56.64**	58.41	**34.51**	1.77
101~200 人	82.48	**74.45**	61.31	**61.31**	54.01	**37.23**	1.46
201~300 人	89.71	**76.47**	72.06	**64.71**	60.29	**48.53**	5.88
301 人以上	82.42	**81.32**	73.63	**65.93**	56.04	**50.55**	0.00
合計	77.12	**72.78**	61.93	**59.57**	55.62	**38.07**	2.17

１５）人材育成に関する取り組み

人材確保に関する取り組みについて（16－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。）は、ほとんどの法人で取り組みがなされているが、５０人以下の小規模法人では、やや取り組み率が低い。

表 18

従業員数	実施している割合
50 人以下	83.00
51~100 人	96.55
101~200 人	97.86
201~300 人	95.65
301 人以上	100.00
合計	94.77

１６）資格の向上やキャリアパス

資質の向上やキャリアパスに関する取り組みとして、実施しているもの（16－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）については、
①求める人材や組織としての方向性を明確にする、④広報活動に力を入れる、⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する、規模の大きい法人ほど実施している傾向がある。

表 19

従業員数	**①求める人材や組織としての方向性を明確にする**	②従業員のキャリアパスを明確にする	③従業員のニーズに合った多様な働き方を制度化する	**④広報活動に力を入れる**	⑤従業員からの紹介を促進する	⑥地域の他法人や事業所と共同で採用活動を行う	**⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する**	⑧その他
50 人以下	**44.58**	36.14	25.30	**36.14**	56.63	6.02	**53.01**	2.41
51~100 人	**43.75**	50.89	48.21	**59.82**	64.29	9.82	**64.29**	6.25
101~200 人	**54.74**	62.77	45.26	**61.31**	70.80	8.76	**70.07**	5.11
201~300 人	**59.09**	60.61	54.55	**71.21**	69.70	6.06	**78.79**	10.61
301 人以上	**73.63**	72.53	53.85	**72.53**	72.53	14.29	**79.12**	5.49
合計	**54.60**	57.06	45.40	**60.12**	67.08	9.20	**68.71**	5.73

１７）資質向上やキャリアアップの取り組み

資質向上について（17－1　（資質の向上やキャリアアップ）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、実施率は全体的には高いが、50 人以下の法人ではやや低い傾向がある。

表 20

従業員数	実施している割合
50 人以下	86.00
51~100 人	92.24
101~200 人	97.14
201~300 人	92.75
301 人以上	96.70
合計	93.22

１８）資質向上やキャリアアップの取り組みの内容

資質向上に関して具体的におこなっている取り組み（17－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）については、小規模法人でのやや実施率が低いものがみられるが、「④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入」については、規模間での取り組みの差が確認できる。

表 21

従業員数	①働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援	②より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援	③研修の受講・キャリア制度と人事考課との連動	**④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入**	⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）	⑥その他
50 人以下	59.30	60.47	41.86	**18.60**	19.77	3.49
51~100 人	85.05	46.73	36.45	**34.58**	28.04	0.00
101~200 人	83.82	57.35	50.00	**40.44**	44.12	1.47
201~300 人	85.94	65.63	56.25	**51.56**	39.06	1.56
301 人以上	84.09	61.36	52.27	**52.27**	46.59	3.41
合計	80.04	57.38	46.78	**38.88**	35.97	1.87

19）多様な働き方への取り組み

多様な働き方への取り組み（18－1　（多様な働き方）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、規模間での差は大きくない。

表 22

従業員数	実施している割合
50 人以下	95.00
51~100 人	98.28
101~200 人	97.14
201~300 人	97.10
301 人以上	100.00
合計	97.48

２０）多様な働き方への取り組みの内容

多様な取り組みにおいて、実施している内容（18－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）については、規模間での差はあまり見られないが、「②事業所内託児施設の整備」については、規模の大きな法人ほど取り組んでいる。

表 23

従業員数	①仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の実	**②事業所内託児施設の整備**	③従業員に勤務シフトや時間の情応じた短時正職制の導入	④従業員希望の望即した非規員ら正職か正職へ転制の整備	⑤有休を得やい境整給暇取しす環の備	⑥福利厚生制度の充実	⑦従業員の相談体制の充実	⑧職場風土改善に向けた研修の実施	⑨その他

50 人以下	75.79	**3.16**	66.32	50.53	84.21	47.37	29.47	16.84	2.11
51~100 人	81.58	**6.14**	67.54	71.05	78.95	48.25	38.60	23.68	1.75
101~200 人	81.62	**15.44**	75.74	76.47	75.00	63.24	55.88	33.09	1.47
201~300 人	82.09	**22.39**	67.16	85.07	85.07	70.15	55.22	29.85	4.48
301 人以上	78.02	**24.18**	79.12	92.31	70.33	62.64	46.15	40.66	1.10
合計	79.92	**13.52**	71.57	74.35	78.13	57.65	45.13	28.83	1.99

21）心身の健康管理

心身の健康管理への取り組み（19－1　（心身の健康管理）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、50 人以下の法人で実施率が低い傾向にある。

表 24

従業員数	実施している割合
50 人以下	79.00
51~100 人	94.83
101~200 人	97.86
201~300 人	95.65
301 人以上	98.90
合計	93.41

22）心身の健康管理内容

心身の健康管理への取り組みの内容については、（19－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）

規模間での差について明瞭な傾向は確認できないが、そのうち 50 人未満の法人と 301 人以上の法人で大きく異なる項目として、①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等）③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施、については大きな差が生まれている。

表 25

従業員数	①身体の負担軽減のための技術習得支援(腰痛対策等)や介護機器の導入(介護ロボット・リフト等)	②健康管理対策の実施（健康診断・ストレスチェック、休憩室の設置等)	③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施	④事故・トラブルへの対応マニュアルの作成	⑤その他
50 人以下	**39.24**	81.01	**25.32**	48.10	2.53
51~100 人	57.27	95.45	25.45	59.09	2.73
101~200 人	64.23	94.16	35.77	52.55	4.38
201~300 人	56.06	98.48	31.82	59.09	6.06
301 人以上	**76.67**	97.78	**50.00**	64.44	6.67
合計	59.75	93.57	33.82	56.43	4.36

23）業務効率への取り組み

業務効率に関する取り組み（20－1　（業務効率化）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、規模間で傾向にはっきりしたものはないが、小規模法人ではやや実施率が低い。

表 26

従業員数	実施している割合
50 人以下	84.00
51~100 人	93.97
101~200 人	98.57
201~300 人	100.00
301 人以上	96.70
合計	94.57

23）業務内容の取り組み内容

業務効率に関する実施している取り組み（20－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）

規模の影響が明瞭にみられるのは、①ICT 活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化、②PDCA サイクルを活用した職場環境改善である。

表 27

従業員数	**①ICT 活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化**	② PDCA サイクルを活用した職場環境改善	③高齢者の活躍（居室・フロアの掃除、食事の配膳・下膳のほか、経理・労務・広報も含めた業務の実施）による役割分担の明確化	④5S 活動（業務管理手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・しつけの頭文字をとったもの）の実践による職場環境の整備	⑤業務マニュアルの作成や記録・報告様式の工夫による情報共有、作業負担の軽減	⑥その他
50 人以下	**60.71**	**14.29**	35.71	27.38	57.14	2.38
51~100 人	**72.48**	22.02	52.29	31.19	66.06	1.83
101~200 人	**84.78**	35.51	60.87	26.81	65.94	0.72
201~300 人	**89.86**	33.33	50.72	36.23	62.32	5.80
301 人以上	**93.18**	**37.50**	57.95	30.68	75.00	1.14
合計	**80.12**	28.89	52.66	29.92	65.57	2.05

24）やりがい、働き甲斐の醸成

やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組み（「21－1　（やりがい、働き甲斐の醸成）法人において何らかの取り組みを実施していますか。」については、明瞭ではないものの、傾向としては法人規模が大きいほど取り組む傾向がある。

表 28

従業員数	実施している割合
50 人以下	72.00

51~100 人	82.76
101~200 人	87.86
201~300 人	94.20
301 人以上	92.31
合計	85.27

25）やりがい、働き甲斐醸成の取り組み内容

やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組みの内容（21－2　（「①実施している」と答えた方）実施している取り組みは何ですか。）については、法人規模との関係は明瞭ではないものの、①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善、②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流、④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供といった、地域密着で特定地域に根ざした 1 法人 1 事業所のような小規模法人よりも 301 人以上の大規模法人のほうが取り組んでいる。

表 29

従業員数	①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善	②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流	③法人の方針・理念（利用者本位のケア等）を定期的に学ぶ機会の提供	④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供	⑤その他
50 人以下	**58.33**	**20.83**	54.17	**31.94**	5.56
51~100 人	67.71	28.13	67.71	40.63	1.04
101~200 人	69.11	40.65	66.67	45.53	2.44
201~300 人	80.00	35.38	64.62	36.92	1.54
301 人以上	**63.10**	**48.81**	85.71	**50.00**	2.38
合計	67.50	35.45	68.18	41.82	2.50

26）手当

従業員に支給している手当であるが（(22－1　法人において何らかの手当を支給していますか。)）、規模に関わらずほとんどの法人でなんらかの手当を支給している。

表 30

従業員数	支給している
50 人以下	99.00
51~100 人	99.14
101~200 人	100.00
201~300 人	100.00
301 人以上	100.00
合計	99.61

27）手当の種類

またその手当の種類（22－2　上記で「①支給している」と答えた方にお聞きします。支給している手当は何ですか。）については、①夜勤手当については、規模によって大きな差がある、②地域手当を行っている法人は多くないが、規模によって差があり、広域に展開している大規模法人では支給する傾向がある。

表 31

従業員数	**①夜勤手当**	②時間外手当（早朝・深夜・休日手当）	③家族（扶養）手当	**④通勤手当**	⑤職務手当（役職手当）	⑥資格手当
50 人以下	**39.39**	89.90	82.83	**98.99**	91.92	57.58
51~100 人	**83.48**	97.39	88.70	**98.26**	95.65	76.52
101~200 人	**91.43**	99.29	87.86	**99.29**	97.14	70.71
201~300 人	**92.75**	97.10	86.96	**97.10**	97.10	71.01
301 人以上	**98.90**	97.80	89.01	**100.00**	97.80	85.71
合計	**81.13**	96.50	87.16	**98.83**	95.91	72.18

その 2（手当の種類）

従業員数	⑦研修手当	**⑧地域手当**	⑨感染症対応に関わる手当	⑩賞与	⑪その他
50 人以下	10.10	**4.04**	17.17	92.93	26.26
51~100 人	12.17	**5.22**	39.13	94.78	24.35

101~200 人	15.00	**7.14**	32.86	97.86	26.43
201~300 人	8.70	**10.14**	31.88	98.55	34.78
301 人以上	13.19	**13.19**	53.85	97.8	24.18
合計	12.26	**7.59**	34.82	96.3	26.65

28）能力（知識、技能）の共有の意義

対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有されることでで、これまでよりスムーズに行われると思える業務の有無（23－1　これまでよりもスムーズに行えると思われる業務はありますか。）

傾向としては、共有の価値については、法人規模と関係性があり、大規模法人のほうが、価値があると評価している。

表 32

従業員数	ある
50 人以下	69.00
51~100 人	83.62
101~200 人	90.00
201~300 人	89.86
301 人以上	91.21
合計	84.69

29）共有の意義

「23－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。これまでよりもスムーズに行えると思われる業務は何ですか」については、⑤事業規模の拡大、⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）の拡大は規模の大きな法人ほど選択する傾向にある。

表 33

従業員数	①職種を超えたキャリア研修の充実	②人事配置の柔軟化	③多角的な事業展開（例：児童福祉事業から障害福祉事業	④多職種連携の推進	**⑤事業規模の拡大**	⑥従業員間のタスクシェア（業務の共同化）の拡大	**⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）の拡大**	⑧その他

			等、他分野事業への展開）					
50 人以下	49.28	55.07	18.84	50.72	**5.80**	28.99	**13.04**	0.00
51~100 人	24.74	62.89	14.43	72.16	**6.19**	41.24	**20.62**	1.03
101~200 人	52.38	78.57	30.16	65.87	**21.43**	49.21	**24.60**	0.79
201~300 人	61.29	77.42	38.71	66.13	**29.03**	46.77	**30.65**	1.61
301 人以上	57.83	80.72	48.19	80.72	**30.12**	63.86	**38.55**	1.20
合計	48.05	71.62	29.52	67.73	**18.31**	46.68	**25.40**	0.92

30）課題

「24－1　法人において生じている何らかの課題はありますか。」という点については、規模による明瞭な傾向は見られないものの、50 人未満では、課題があるという回答が低い。

表 34

従業員数	ある
50 人以下	**58.00**
51~100 人	75.00
101~200 人	77.14
201~300 人	82.61
301 人以上	73.63
合計	73.06

31）課題の内容

「24－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。法人において生じている課題は何ですか。」については、そもそも小規模法人ほど課題があると答えていない傾向がある点を留意しないといけないものの、傾向としては大規模法人ほど「②の人事配置の固定化」を選択する傾向がある。

表 35

従業員数	①職種を超えたキャリア研修ができない	**②人事配置の固定化**	③多角的な事業展開が難しい(例:児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開)	④多職種連携の推進ができない	⑤事業規模の拡大ができない	⑥従業員間のタスクシェア(業務の共同化)が難しい	⑦従業員間のタスクシフト(業務の移管)が難しい	⑧その他
50 人以下	29.31	**62.07**	31.03	25.86	22.41	50.00	27.59	1.72
51~100 人	27.59	**60.92**	24.14	35.63	29.89	42.53	31.03	1.15
101~200 人	24.07	**66.67**	24.07	37.96	19.44	44.44	39.81	1.85
201~300 人	21.05	**70.18**	21.05	45.61	15.79	52.63	43.86	3.51
301 人以上	29.85	**74.63**	26.87	37.31	13.43	47.76	40.30	4.48
合計	26.26	**66.58**	25.20	36.60	20.69	46.68	36.60	2.39

31）従業員の資質への評価

従業員の資質に関して、「①1つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材」、「②多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」のいずれにウェイトを置くか（ウェイト合計を 10 として）については、規模による傾向は明確ではないが、301 人以上の大規模法人は、特定領域における専門人材よりは、専門性を超えた複合的、総合的な資質を持つ人材を望んでいるという傾向にある。

表 36

従業員数	① １つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材	② 多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材
50 人以下	4.13	5.87
51~100 人	4.11	5.90
101~200 人	4.00	6.00
201~300 人	4.12	5.88
301 人以上	3.74	6.26
合計	4.02	5.98

32）正規職員離職率

正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できない。

表 37

従業員数	平均値
50 人以下	7.21
51~100 人	7.79
101~200 人	8.34
201~300 人	8.02
301 人以上	7.99
合計	7.89

32）非正規職員離職率

非正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できないが、大規模な法人でかなり高い離職率となっている。

表 38

従業員数	平均値
50 人以下	8.40
51~100 人	9.52
101~200 人	12.23
201~300 人	11.85

301 人以上	15.08
合計	11.41

（2）収入規模別の分析

（1）では法人規模を従業員人数（正規、非正規合計）で捉えたが、収入規模でも法人規模を見てみる。

収入規模別の法人数は表 39 のようになっている。

表 39

収入規模	合計（数）
0~2 億未満	50
2~4 億未満	73
4~6 億未満	93
6~10 億未満	114
10~15 億未満	75
15~20 億未満	45
20 億以上	66
合計	516

1）収入と事業数、事業所数の関係

表 40 は収入規模別で事業数、事業所数との関係を見たものであり、収入規模が多い法人ほど多数の事業を行い、多くの事業所を経営している。

表 40

収入規模	事業数	事業所数	従業員数
0~2 億未満	**1.28**	**2.22**	25.68
2~4 億未満	**1.49**	**3.52**	62.55
4~6 億未満	**1.58**	**4.81**	91.57
6~10 億未満	**2.16**	**8.31**	131.82

10~15 億未満	**2.85**	**11.13**	220.37
15~20 億未満	**3.02**	**16.36**	301.33
20 億以上	**4.05**	**31.29**	669.18
合計	2.29	10.46	200.87

２）収入規模別の事業展開

表は全国規模の事業展開をどの範囲で行っているか（４.「法人の事業はどの範囲で展開していますか」)、収入規模別で見たものである。10 億円未満の法人では、7 割以上同じ市町村にとどまっているが、10 億円を超えると都道府県単位、20 億円以上になると全国規模の展開をする法人も出てくる。

表 41

収入規模	同じ市町村	同じ都道府県の複数の市町村	近隣の都道府県	全国規模	合計
0~2 億未満	**79.17**	20.83	0.00	0.00	100.00
2~4 億未満	**83.02**	15.09	0.00	1.89	100.00
4~6 億未満	**80.46**	16.09	2.30	1.15	100.00
6~10 億未満	70.37	28.70	0.93	0.00	100.00
10~15 億未満	57.53	32.88	8.22	1.37	100.00
15~20 億未満	44.44	44.44	8.89	2.22	100.00
20 億以上	**25.76**	57.58	10.61	**6.06**	100.00

合計	63.16	30.70	4.39	1.75	100.00

3）新規採用における資格要件

新規職員の採用（「5．新規採用にあたり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか」）にあたっては、収入規模と明確な関係は確認できない。

表 42

収入規模	条件としている（必置資格のみ）	条件としている（必置資格以外も含む）	条件としていない	その他	合計
0~2 億未満	48.00	6.00	44.00	2.00	100.00
2~4 億未満	34.25	8.22	54.79	2.74	100.00
4~6 億未満	31.18	3.23	56.99	8.60	100.00
6~10 億未満	21.05	7.89	64.04	7.02	100.00
10~15 億未満	30.67	4.00	57.33	8.00	100.00
15~20 億未満	37.78	4.44	55.56	2.22	100.00
20 億以上	42.42	7.58	45.45	4.55	100.00
合計	32.95	6.01	55.43	5.62	100.00

4）中途採用における資格要件

中途職員の採用（「6．中途採用にあたり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか」）にあたっては、明瞭な収入規模の特徴を確認することはできない。

表 43

収入規模	条件としている（必置資格のみ）	条件としている（必置資格以外も含む）	条件としていない	その他	合計
0~2 億未満	46.00	4.00	46.00	4.00	100.00
2~4 億未満	38.36	12.33	47.95	1.37	100.00
4~6 億未満	35.48	2.15	54.84	7.53	100.00
6~10 億未満	22.81	10.53	58.77	7.89	100.00
10~15 億未満	33.33	4.00	54.67	8.00	100.00
15~20 億未満	37.78	4.44	53.33	4.44	100.00
20 億以上	40.91	7.58	45.45	6.06	100.00
合計	34.69	6.78	52.52	6.01	100.00

５）資格取得の支援

資格取得（７―１「資格取得について法人において何らかの支援を実施していますか」）の支援については、2 億円未満では消極的であるものの、概ね収入規模の大きい法人ほど支援をする傾向にある。

表 44

収入規模	実施している割合(%)
0~2 億未満	**44.00**

2~4 億未満	73.97
4~6 億未満	79.57
6~10 億未満	87.72
10~15 億未満	81.33
15~20 億未満	84.44
20 億以上	**93.94**
合計	79.65

６）資格取得の支援内容

資格取得の支援（支援を実施している法人のみ）で、どのような支援を行っているか（「７－２実施している支援は何ですか？」）を見ると、収入規模別で明瞭な違いは確認できなかった。

表 45

収入規模	資格取得費用の全額助成	資格取得費用の一部助成	資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	その他
0~2 億未満	31.82	54.55	36.36	13.64
2~4 億未満	20.37	66.67	42.59	18.52
4~6 億未満	28.38	58.11	40.54	18.92
6~10 億未満	21.00	61.00	46.00	26.00

10~15 億未満	29.51	55.74	37.70	31.15
15~20 億未満	15.79	76.32	44.74	18.42
20 億以上	30.65	66.13	43.55	25.81
合計	25.06	62.29	42.34	23.11

7）複数資格取得の支援

複数資格取得の促進（問 8「従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進していますか」）は、2 億円未満の法人では消極的であり、概ね収入規模の大きな法人が積極的な傾向にある。

表 46

収入規模	はい	いいえ	どちらともいえない	合計
0~2 億未満	**32.00**	38.00	30.00	100.00
2~4 億未満	47.95	5.48	46.58	100.00
4~6 億未満	56.99	12.90	30.11	100.00
6~10 億未満	64.91	7.89	27.19	100.00
10~15 億未満	65.33	9.33	25.33	100.00
15~20 億未満	75.56	2.22	22.22	100.00
20 億以上	**66.67**	3.03	30.30	100.00
合計	59.11	10.47	30.43	100.00

８）福祉資格取得を推進する理由

法人が複数資格取得を推進する理由（「９．従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進する理由は何ですか。(8 で「はい」と答えた方のみ)」）を規模別に見ると、明瞭な違いはあまり見えない。

表 47

収入規模	①従業員の知識・技能の向上のため	②従業員の給与向上の条件としているため	③従業員の昇格の要件としているため（管理職登用等）	④従業員が幅広い業務に対応するため	⑤従業員からの要望があるため	⑥法人内の人事配置・再配置を容易にするため	⑦法人内の既存事業の多機能化を推進するため	⑧法人内の他分野事業への多角化を推進するため	⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進するため	⑩対象者の相互交流を推進するため（子どもと高齢者等）	⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止めるため	⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段と考えられるため	⑬その他
0~2 億未満	100.00	**18.75**	**6.25**	75.00	0.00	68.75	50.00	25.00	43.75	6.25	50.00	25.00	0.00
2~4 億未満	94.29	45.71	20.00	57.14	11.43	60.00	31.43	8.57	48.57	2.86	51.43	42.86	2.86
4~6 億未満	100.00	43.40	24.53	77.36	24.53	77.36	37.74	9.43	47.17	1.89	45.28	52.83	5.66
6~10 億未満	97.30	51.35	39.19	79.73	22.97	77.03	59.46	21.62	59.46	10.81	52.70	64.86	0.00
10~15 億未満	100.00	38.78	22.45	81.63	10.20	81.63	51.02	26.53	53.06	16.33	46.94	55.10	2.04
15~20 億未満	97.06	52.94	26.47	70.59	17.65	67.65	52.94	20.59	52.94	14.71	61.76	47.06	2.94
20 億以上	100.00	**45.45**	25.00	81.82	20.45	84.09	52.27	22.73	70.45	18.18	59.09	68.18	4.55
合計	98.36	44.92	26.56	76.07	17.70	75.41	48.85	19.02	55.08	10.49	52.13	55.08	2.62

9）複数資格取得を推進しない理由

法人が複数資格を推進しない理由（10. 従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進しない理由は何ですか（8 で「いいえ」と答えた方のみ））について、規模別に分析した。収入規模の大きな法人は複数資格取得を推進しているので、そもそも回答が少ないことを留意する必要があるが、規模間の差はあまりない。そのなかでも⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため、⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止める必要がないためという回答は 6 億円未満の法人のみが選択している。小規模法人は、多事業をおこなっていないため「範囲の経済性」を求めていないからであろう。

表 48

収入規模	①従業員の知識・技能の向上につながるとは考えられないため	②従業員の給与向上につながる仕組みを設けていないため	③従業員の昇格の要件としていないため（管理職登用等）	④従業員が幅広い業務に対応することは困難なため	⑤従業員からの要望がないため	⑥法人内の人事　配置・再配置が容易になるとは限らないため	⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため	⑧法人内の他分野事業への多角化を推進する必要がないため	⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進する必要がないため	⑩対象者の相互交流を推進する必要がないため（子どもと高齢者等）	⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止める必要がないため	⑫保健医療福祉人材の　確保・定着のために有効な手段とは考えられないため	⑬その他
0~2 億未満	10.53	26.32	31.58	21.05	52.63	15.79	15.79	21.05	36.84	10.53	10.53	15.79	15.79
2~4 億未満	25.00	50.00	75.00	25.00	25.00	50.00	75.00	50.00	25.00	50.00	0.00	25.00	0.00
4~6 億未満	0.00	25.00	25.00	8.33	66.67	16.67	25.00	25.00	16.67	8.33	8.33	33.33	16.67
6~10 億未満	0.00	33.33	22.22	33.33	33.33	44.44	0.00	11.11	22.22	11.11	0.00	0.00	22.22
10~15 億未満	28.57	28.57	57.14	14.29	14.29	28.57	0.00	14.29	0.00	14.29	0.00	28.57	0.00
15~20 億未満	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00

20 億以上	0.00	50.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
合計	9.26	29.63	35.19	18.52	42.59	24.07	16.67	20.37	22.22	14.81	5.56	18.52	12.96

１０）資格取得に対する法人の評価

資格取得による基本給への効果について（11. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有によって基本給は上がりますか。）、収入規模間での傾向は特段見られない。

表 49

収入規模	①どの資格の保有でも基本給は上がる	②資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	③どの資格の保有でも基本給は上がらない	④その他	合計
0~2 億未満	16.00	18.00	58.00	8.00	100.00
2~4 億未満	24.66	24.66	41.10	9.59	100.00
4~6 億未満	16.13	29.03	43.01	11.83	100.00
6~10 億未満	18.42	24.56	41.23	15.79	100.00
10~15 億未満	13.33	20.00	48.00	18.67	100.00
15~20 億未満	28.89	22.22	42.22	6.67	100.00
20 億以上	16.67	15.15	48.48	19.70	100.00
合計	18.60	22.67	45.16	13.57	100.00

１１)資格取得に対する報酬

資格数に対する報酬（12. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当はありますか。）については、6 つの選択肢を表示した。収入規模間の傾向は明瞭ではないが、⑤、⑥「資格手当はない」という回答は、収入規模が小さい法人ほど多く選択する傾向にある。

表 50

収入規模	①どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	②どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	③資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	④資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	**⑤資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない**	**⑥資格の種類によって俸給表が異なるため、資格手当はない**	⑦その他	合計
0~2 億未満	6.00	14.00	8.00	16.00	**32.00**	**12.00**	12.00	100.00
2~4 億未満	12.33	21.92	6.85	13.70	**17.81**	**13.70**	13.70	100.00
4~6 億未満	8.60	21.51	15.05	9.68	**12.90**	**11.83**	20.43	100.00
6~10 億未満	12.28	21.93	7.89	18.42	**13.16**	**6.14**	20.18	100.00
10~15 億未満	10.67	28.00	4.00	14.67	**13.33**	**5.33**	24.00	100.00
15~20 億未満	22.22	15.56	6.67	28.89	**6.67**	**6.67**	13.33	100.00
20 億以上	6.06	15.15	6.06	15.15	**12.12**	**6.06**	39.39	100.00

合計	10.85	20.54	8.14	15.89	14.92	8.72	20.93	100.00

１２）資格取得に対する報酬額

資格取得に対する報酬額（13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。(該当しない場合は0を入力)）については、集計を行ったすべての資格について、法人規模と資格手当の間には明瞭な関係は確認されなかった（該当しない場合（0円）および無回答は除外して計算)。

表51

収入規模	介護福祉士	社会福祉士	精神保健福祉士	保育士	看護師	理学療法士	作業療法士	上記以外の資格最低	上記以外の資格最高
0~2億未満	7883.33	9573.33	6825.00	7350.00	11690.91	18000.00	10000.00	4237.00	7738.46
2~4億未満	8280.00	10145.45	10450.00	5103.40	13620.69	15416.67	14583.33	3928.57	11038.46
4~6億未満	8388.91	9188.00	7300.00	12422.22	15588.24	16800.00	15666.67	4216.22	15000.00
6~10億未満	6903.71	9345.69	9029.41	5761.91	16531.63	17070.83	17842.86	4333.40	14144.05
10~15億未満	9764.29	11081.58	7773.08	9919.05	19067.74	18182.14	17364.00	3388.89	18592.59
15~20億未満	6533.33	8000.00	7444.44	4380.00	14704.76	11263.16	11200.00	3521.74	12000.00
20億以上	7853.57	10655.07	11720.19	8101.26	20064.60	18153.90	18153.90	4934.05	16233.33
合計	7934.95	9703.15	8835.54	7639.37	16229.96	16479.77	16127.31	4086.32	14010.00

１３）法人内部における処遇改善について

処遇改善（14－1（処遇改善）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）は、収入規模にかかわらずほぼすべての法人で行われている。

表52

収入規模	実施している割合

0~2 億未満	96.00
2~4 億未満	97.26
4~6 億未満	100.00
6~10 億未満	98.25
10~15 億未満	96.00
15~20 億未満	100.00
20 億以上	100.00
合計	98.26

１４）処遇改善の内容

処遇改善の内容（14－2 （14-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、概ね規模が大きいほど②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している（6~10 億未満を除く）、⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている、の選択が増える傾向にある。

表 53

収入規模	①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と給与体系を整備している	**②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している**	③経験もしくは資格に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づいて定期的に昇給を判定する仕組みを設けている	④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）	⑤従業員の経験や勤続年数に応じて給与を加算する仕組みを設けている	**⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている**	⑦その他
0~2 億未	50.00	**58.33**	33.33	47.92	41.67	**14.58**	2.08

満							
2~4 億未満	76.06	**71.83**	56.34	52.11	53.52	**33.80**	2.82
4~6 億未満	72.04	**72.04**	65.59	54.84	63.44	**32.26**	1.08
6~10 億未満	82.14	**68.75**	62.50	62.50	49.11	**40.18**	0.89
10~15 億未満	86.11	**76.39**	69.44	66.67	62.50	**45.83**	5.56
15~20 億未満	75.56	**80.00**	64.44	73.33	60.00	**48.89**	4.44
20 億以上	87.88	**83.33**	72.73	60.61	57.58	**48.48**	0.00
合計	77.12	**72.78**	61.93	59.57	55.62	**38.07**	2.17

１５）人材育成に関する取り組み

人材確保に関する取り組みについて（16－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。）は、ほとんどの法人で取り組みがなされているが、2 億円未満の小規模法人では、やや取り組み率が低い。

表 54

収入規模	実施している割

	合
0~2 億未満	**74.00**
2~4 億未満	**93.15**
4~6 億未満	**96.77**
6~10 億未満	**98.25**
10~15 億未満	**96.00**
15~20 億未満	**97.78**
20 億以上	**100.00**
合計	94.77

１６）資格の向上やキャリアパス

資質の向上やキャリアパスに関する取り組みとして、実施しているもの（16－2　（16-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、①求める人材や組織としての方向性を明確にする、④広報活動に力を入れる、⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する、に関して規模の大きい法人ほど実施している傾向がある。

表 55

収入規模	①求める人材や組織としての方向性を明確にする	②従業員のキャリアパスを明確にする	③従業員のニーズに合った多様な働き方を制度化する	④広報活動に力を入れる	⑤従業員からの紹介を促進する	⑥地域の他法人や事業所と共同で採用活動を行う	⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する	⑧その他
0~2 億未満	37.84	24.32	21.62	32.43	56.76	5.41	48.65	5.41
2~4 億未満	44.12	50.00	38.24	42.65	52.94	8.82	60.29	2.94

4~6 億未満	47.78	47.78	43.33	58.89	68.89	8.89	62.22	6.67
6~10 億未満	52.68	64.29	42.86	64.29	73.21	7.14	70.54	3.57
10~15 億未満	54.17	58.33	54.17	68.06	69.44	11.11	76.39	8.33
15~20 億未満	75.00	70.45	61.36	68.18	75.00	9.09	75.00	11.36
20 億以上	74.24	72.73	53.03	74.24	66.67	13.64	81.82	4.55
合計	54.60	57.06	45.40	60.12	67.08	9.20	68.71	5.73

１７）資質向上やキャリアアップの取り組み

資質向上やキャリアアップについて（17－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。)、実施率は全体的には高いが、2 億未満の法人ではやや低い傾向がある。

表 56

収入規模	実施している割合
0~2 億未満	82.00
2~4 億未満	89.04
4~6 億未満	93.55
6~10 億未満	97.37
10~15 億未満	93.33
15~20 億未満	95.56
20 億以上	96.97
合計	93.22

18）資質向上やキャリアアップの取り組みの内容

資質向上に関して具体的におこなっている取り組み（17－2　（17-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、小規模法人でやや実施率が低いものがみられる。⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）については、収入規模の大きな法人ほど取り組みを実施していることが確認できる。

表 57

収入規模	①働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援	②より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援	③研修の受講・キャリア制度と人事考課との連動	④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入	⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）	⑥その他
0~2 億未満	56.10	56.10	43.90	7.32	17.07	2.44
2~4 億未満	75.38	55.38	40.00	27.69	24.62	1.54
4~6 億未満	83.91	47.13	42.53	36.78	31.03	1.15
6~10 億未満	84.68	57.66	44.14	38.74	40.54	0.90
10~15 億未満	81.43	62.86	57.14	50.00	42.86	1.43
15~20 億未満	76.74	62.79	44.19	48.84	44.19	2.33
20 億以上	87.50	64.06	56.25	54.69	45.31	4.69

合計	80.04	57.38	46.78	38.88	35.97	1.87

１９）多様な働き方への取り組み

多様な働き方への取り組み（18－1　（多様な働き方）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、規模間での差は大きくない。

表 58

収入規模	実施している割合
0~2 億未満	92.00
2~4 億未満	97.26
4~6 億未満	98.92
6~10 億未満	97.37
10~15 億未満	97.33
15~20 億未満	97.78
20 億以上	100.00
合計	97.48

２０）多様な働き方への取り組みの内容

多様な取り組みにおいて、実施している内容（18－2　（18-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、規模間での差はあまり見られないが、「②事業所内託児施設の整備」、「⑧職場風土改善に向けた研修の実施」については、概ね規模の大きな法人ほど取り組んでいる傾向が見られる。

表 59

収入規模	①仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実	②事業所内託児施設の整備	③従業員の事情に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入	④従業員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換制度の整備	⑤有給休暇を取得しやすい環境の整備	⑥福利厚生制度の充実	⑦従業員の相談体制の充実	⑧職場風土改善に向けた研修の実施	⑨その他
0~2 億未満	71.74	2.17	69.57	41.30	86.96	47.83	23.91	17.39	4.35
2~4 億未満	81.69	4.23	70.42	63.38	80.28	45.07	40.85	19.72	0.00
4~6 億未満	81.52	6.52	70.65	71.74	79.35	52.17	41.30	25.00	1.09
6~10 億未満	79.28	15.32	71.17	75.68	71.17	56.76	49.55	29.73	2.70
10~15 億未満	82.19	19.18	71.23	82.19	83.56	69.86	56.16	32.88	2.74
15~20 億未満	79.55	18.18	77.27	93.18	84.09	72.73	47.73	36.36	2.27
20 億以	80.30	28.79	72.73	89.39	69.70	63.64	48.48	40.91	1.52

上									
合計	79.92	13.52	71.57	74.35	78.13	57.65	45.13	28.83	1.99

２１）心身の健康管理

心身の健康管理への取り組み（19－1　（心身の健康管理）法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、2 億円未満の法人で実施率が低い傾向にある。

表 60

収入規模	実施している割合
0~2 億未満	70.00
2~4 億未満	87.67
4~6 億未満	95.70
6~10 億未満	98.25
10~15 億未満	100.00
15~20 億未満	93.33
20 億以上	98.48
合計	93.41

22）心身の健康管理内容

心身の健康管理への取り組みの内容（19－2　（19-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、全体的に概ね収入規模が大きい法

人ほど取り組みを実施している傾向が見られる。中でも①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等)、③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施、については 0~2 億円未満の法人と 20 億円以上の法人で大きな差が生まれている。

表 61

収入規模	①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等）	②健康管理対策の実施（健康診断・ストレスチェック、休憩室の設置等）	③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施	④事故・トラブルへの対応マニュアルの作成	⑤その他
0~2 億未満	22.86	80.00	25.71	51.43	2.86
2~4 億未満	56.25	84.38	26.56	54.69	3.13
4~6 億未満	56.18	95.51	30.34	55.06	3.37
6~10 億未満	63.39	93.75	28.57	53.57	3.57
10~15 億未満	60.00	98.67	33.33	53.33	4.00
15~20 億未満	69.05	97.62	47.62	59.52	7.14
20 億以上	75.38	98.46	50.77	69.23	7.69
合計	59.75	93.57	33.82	56.43	4.36

24）業務効率への取り組み

業務効率に関する取り組み（20－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。）については、0~2 億円未満の法人では実施率が低い。

表 62

収入規模	実施している割合
0~2 億未満	72.00
2~4 億未満	94.52
4~6 億未満	95.70
6~10 億未満	98.25
10~15 億未満	98.67
15~20 億未満	97.78
20 億以上	96.97
合計	94.57

25）業務内容の取り組み内容

業務効率に関する実施している取り組み（20－2　（20-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）について、①ICT 活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化、⑤業務マニュアルの作成や記録・報告様式の工夫による情報共有、作業負担の軽減に関しては、概ね収入規模が大きくなるほど実施率が高くなる傾向が見られる。

表 63

収入規模	①ICT 活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化	②PDCA サイクルを活用した職場環境改善	③高齢者の活躍（居室・フロアの掃除、食事の配膳・下膳のほか、経理・労務・広報も含めた業務の実施）による役割分担の	④5S 活動（業務管理手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・しつけの頭文字をとったもの）の実践による職場環境の整備	⑤業務マニュアルの作成や記録・報告様式の工夫による情報共有、作業負担の軽減	⑥その他

			明確化			
0~2 億未満	55.56	16.67	30.56	27.78	52.78	2.78
2~4 億未満	69.57	14.49	44.93	27.54	66.67	2.90
4~6 億未満	74.16	25.84	60.67	32.58	64.04	1.12
6~10 億未満	83.93	31.25	51.79	26.79	63.39	0.00
10~15 億未満	83.78	33.78	56.76	32.43	66.22	2.70
15~20 億未満	95.45	40.91	59.09	38.64	72.73	6.82
20 億以上	92.19	37.50	54.69	26.56	71.88	1.56
合計	80.12	28.89	52.66	29.92	65.57	2.05

26）やりがい、働き甲斐の醸成

やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組み（「21－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。」）については、明瞭ではないものの、傾向としては法人規模が大きいほど取り組む傾向がある。

表 64

収入規模	実施している割

	合
0~2 億未満	68.00
2~4 億未満	76.71
4~6 億未満	82.80
6~10 億未満	88.60
10~15 億未満	93.33
15~20 億未満	86.67
20 億以上	95.45
合計	85.27

27）やりがい、働き甲斐醸成の取り組み内容

やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組みの内容（21－2　（21-1 で「①実施している」と答えた方のみ）実施している取り組みは何ですか。）については、法人規模との関係は明瞭ではないものの、収入規模の小さい法人では②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流、④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供に関して取り組みの実施率が低い傾向が見られる。

表 65

収入規模	①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善	②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流	③法人の方針・理念（利用者本位のケア等）を定期的に学ぶ機会の提供	④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供	⑤その他

0~2 億未満	52.94	20.59	52.94	20.59	11.76
2~4 億未満	64.29	19.64	60.71	44.64	0.00
4~6 億未満	71.43	33.77	66.23	42.86	1.30
6~10 億未満	64.36	37.62	70.30	41.58	1.98
10~15 億未満	77.14	45.71	64.29	47.14	1.43
15~20 億未満	64.10	28.21	74.36	38.46	2.56
20 億以上	69.84	49.21	82.54	46.03	3.17
合計	67.50	35.45	68.18	41.82	2.50

28）手当

従業員に支給している手当であるが（22－1　法人において何らかの手当を支給していますか。）、規模に関わらずほとんどの法人でなんらかの手当を支給している。

表 66

収入規模	支給している
0~2 億未満	100.00
2~4 億未満	97.26
4~6 億未満	100.00
6~10 億未満	100.00
10~15 億未満	100.00

15~20 億未満	100.00
20 億以上	100.00
合計	99.61

29）手当の種類

またその手当の種類（22－2　上記で「①支給している」と答えた方にお聞きします。支給している手当は何ですか。）について、規模間で差が出ており、全般的に小規模法人は、手当は充実していない。特に①夜勤手当については、規模によって大きな差がある、②資格手当については概ね収入規模の大きな法人ほど支給する傾向が見られる、③地域手当を行っている法人は多くないが、20 億円以上の収入規模を持つ法人では支給する傾向がある。

表 67

収入規模	① 夜勤手当	② 時間外手当（早朝・深夜・休日手当）	③ 家族（扶養）手当	④ 通勤手当	⑤ 職務手当（役職手当）	⑥ 資格手当	⑦ 研修手当	⑧ 地域手当	⑨ 感染症対応に関わる手当	⑩賞与	⑪その他
0~2 億未満	**10.00**	**86.00**	**84.00**	98.00	84.00	**46.00**	**8.00**	6.00	14.00	90.00	28.00
2~4 億未満	**71.83**	95.77	85.92	100.00	100.00	70.42	12.68	2.82	23.94	98.59	30.99
4~6 億未満	**83.87**	97.85	86.02	97.85	94.62	70.97	16.13	4.30	36.56	93.55	23.66
6~10 億未満	**92.98**	100.00	86.84	99.12	98.25	73.68	11.40	7.89	32.46	96.49	26.32
10~15 億未満	**92.00**	96.00	90.67	97.33	96.00	74.67	10.67	8.00	44.00	100.00	29.33
15~20 億未満	**95.56**	97.78	84.44	100.00	97.78	84.44	13.33	4.44	35.56	95.56	17.78

20 億以上	**98.48**	96.97	90.91	100.00	96.97	81.82	12.12	19.70	53.03	98.48	28.79
合計	81.13	96.50	87.16	98.83	95.91	72.18	12.26	7.59	34.82	96.30	26.65

30）能力（知識、技能）の共有の意義

対人支援専門職に共通して求められる能力（知識、技能）が従業員間で共有されることでで、これまでよりスムーズに行われると思える業務の有無（23－1　これまでよりもスムーズに行えると思われる業務はありますか。）傾向として、共有の価値については、概ね収入規模の大きな法人のほうが、「価値がある」と評価している傾向が見られる。

表 68

収入規模	ある
0~2 億未満	62.00
2~4 億未満	73.97
4~6 億未満	88.17
6~10 億未満	90.35
10~15 億未満	88.00
15~20 億未満	93.33
20 億以上	89.39
合計	84.69

31）共有の意義

「23－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。これまでよりもスムーズに行えると思われる業務は何ですか。」について、④多職種連携の推進、⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）の拡大について、概ね収入規模の大きな法人ほど能力（知識、技能）が従業員間で共有されることによってスムーズに行えるようになると答える傾向が見られる。

表 69

収入規模	①職種を超えたキャリア研修の充実	②人事配置の柔軟化	③多角的な事業展開（例：児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開）	④多職種連携の推進	⑤事業規模の拡大	⑥従業員間のタスクシェア（業務の共同化）の拡大	⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）の拡大	⑧その他
0~2 億未満	51.61	58.06	9.68	45.16	3.23	29.03	16.13	0.00
2~4 億未満	31.48	51.85	24.07	62.96	7.41	40.74	14.81	0.00
4~6 億未満	32.93	75.61	13.41	63.41	2.44	39.02	20.73	1.22
6~10 億未満	48.54	71.84	32.04	70.87	26.21	49.51	25.24	0.97
10~15 億未満	63.64	81.82	34.85	71.21	19.70	45.45	25.76	0.00
15~20 億未満	52.38	69.05	47.62	71.43	40.48	57.14	38.10	2.38
20 億以上	61.02	81.36	44.07	77.97	27.12	61.02	37.29	1.69

合計	48.05	71.62	29.52	67.73	18.31	46.68	25.40	0.92

32）課題

「24－1　法人において生じている何らかの課題はありますか。」という点については、0~2 億円未満の法人は、「課題がある」と答える割合が低い。

表 70

収入規模	**ある**
0~2 億未満	**48.00**
2~4 億未満	71.23
4~6 億未満	73.12
6~10 億未満	77.19
10~15 億未満	80.00
15~20 億未満	77.78
20 億以上	75.76
合計	73.06

33）課題の内容

「24－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。法人において生じている課題は何ですか。」について、規模による明瞭な違いは確認できない。

ただし、「①職種を超えたキャリア研修ができない」については、小規模法人が選択する傾向にある。他方で、「④多職種連携の推進ができない」、「⑤事業規模の拡大ができない」については、2 億円未満の法人では選択していない。小規模法人は、こうした点については、

関心がないと推測される。

表 71

収入規模	**①職種を超えたキャリア研修ができない**	②人事配置の固定化	③多角的な事業展開が難しい（例：児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開）	**④多職種連携の推進ができない**	**⑤事業規模の拡大ができない**	⑥従業員間のタスクシェア（業務の共同化）が難しい	⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）が難しい	⑧その他
0~2 億未満	**41.67**	75.00	25.00	**20.83**	**12.50**	58.33	33.33	0.00
2~4 億未満	15.38	51.92	26.92	32.69	25.00	46.15	23.08	1.92
4~6 億未満	29.41	72.06	25.00	33.82	26.47	38.24	30.88	1.47
6~10 億未満	27.27	64.77	21.59	37.50	22.73	43.18	38.64	2.27
10~15 億未満	25.00	66.67	25.00	40.00	18.33	55.00	43.33	3.33
15~20 億未満	20.00	62.86	31.43	45.71	20.00	54.29	42.86	2.86
20 億以上	30.00	76.00	26.00	40.00	12.00	44.00	44.00	4.00
合計	26.26	66.58	25.20	36.60	20.69	46.68	36.60	2.39

34）従業員の資質への評価

従業員の資質に関して、「①１つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材」、「②多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」のいずれにウェイトを置くか（ウェイト合計を 10 として）については、規模による傾向は明確ではないが、収入規模の小さい法人に比べて収入規模の大きな法人の方が専門性を超えた複合的、総合的な資質を持つ人材を望んでいる傾向がやや見られる。

表 72

収入規模	①１つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材	②多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材
0~2 億未満	**4.06**	5.94
2~4 億未満	4.11	5.89
4~6 億未満	4.16	5.85
6~10 億未満	4.04	5.96
10~15 億未満	4.00	6.00
15~20 億未満	3.89	6.11
20 億以上	**3.77**	6.23
合計	4.02	5.98

35） 正規職員離職率

正規職員離職率については、規模による明瞭の違いは確認できない。

表 73

収入規模	平均値
0~2 億未満	6.07
2~4 億未満	9.09

4~6 億未満	8.01
6~10 億未満	7.49
10~15 億未満	7.61
15~20 億未満	8.81
20 億以上	8.16
合計	7.89

３6）非正規職員離職率

非正規職員離職率については、収入規模の大きな法人ほど離職率が高い傾向が見られる。

表 74

収入規模	平均値
0~2 億未満	**8.48**
2~4 億未満	**9.49**
4~6 億未満	**10.38**
6~10 億未満	**11.28**
10~15 億未満	**12.25**
15~20 億未満	**14.60**
20 億以上	**13.97**
合計	11.41

5. 考察

以上の集計の結果をまとめると、全体として、従業員数ベースでも収入ベースでみてもはっきりと規模や範囲の経済や人材管理政策の傾向がでるわけではない。それでも地域限定、事業数、事業所数が少ない小規模法人と複数事業を行い、市町村、都道府県を超えて経営している大規模とは範囲の経済への対応や人材管理政策については、大きな違いがあることが確認できた。

非正規労働者の離職率が大規模法人でかなり高いことが確認された。この原因については、本報告の他の論文でも詳しく検討している。離職率は、供給サイドのみならず需要サイドの要因もある。一つの可能性としては、大規模法人ほど都市部にあり、労働需給が逼迫していることが非正規労働者の離職率の一因の可能性もある。

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究
（22AA2008）」

複数資格保有の効果と処遇[1]

研究代表者　堀　真奈美（東海大学健康学部教授）、分担研究者　駒村　康平（慶應義塾大学経済学部教授）、研究協力者　丸山　桂（上智大学社会福祉学部教授）

1. はじめに

少子高齢化の進展や福祉ニーズの多様化を反映し、保健医療福祉分野で働く労働者は、量・質ともに充実が望まれている。厚生労働省「令和 4 年版厚生労働白書」によれば、医療福祉分野の就業者は、右肩上がりで上昇しており、2021 年には 891 万人、全就業者に占める割合も 13.3%になった。厚生労働省「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（平成30年5月 21 日）の改定によれば、2040 年の必要要員は1070 万人であり、経済成長や労働参加が進むケースであっても 974 万人で、約 96 万人が不足するという。実際、医療・福祉分野の有効求人倍率は、高止まりの状況が継続している。さらに同シミュレーションによれば、将来、保健医療福祉の就業者の割合が全就業者の 16.9%に達するという。福祉分野における経営戦略や人事マネジメントは、その手法も研究蓄積も営利企業のそれに比べ後進の状況にあり、この分野における研究蓄積が日本全体の人事マネジメントの指針ともなりうる。

また、福祉サービスの提供は各種最低基準制度が厳格に適用されるため、マンパワー不足の問題はサービスそのものを提供できない事態に直結する。実際、小寺（2019）によれば、福祉医療機構「介護職員の不足状況」は深刻で、空床やユニットの閉鎖や経営状況の悪化の要因になっているという。

福祉人材の高度化を求める声は、保健医療分野の資格取得要件を厳格化させている。例えば、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」（2018 年 3 月）では、今後、地域共生社会の実現を推進し、複合化・複雑化する課題を取り扱う専門職としての実践能力を擁する社会福祉士を養成することが強く求めている。それを受け、2019 年に厚生労働省はソーシャルワーク機能の実践能力を有する社会福祉士を養成するため社会福祉士養成カリキュラムを変更し、施設や事業所等の現場において実践能力を養う実習科目の時間が 180 時間から 240 時間に拡大され、実習先も 1 箇所以上から

[1] 本研究は，令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（代表者：堀真奈美）」の一環として実施された。調査票情報提供にご協力頂いた関係者各位に深く御礼申し上げる。なお本稿の分析で示される数値は独自集計したものであり、公表されている数値と必ずしも一致しない。

2 箇所以上で行うこととなった。こうした資格取得にかかる要件の引き上げは、資格取得をめざす者だけでなく、養成学校等の教職員の負担増にもつながっている。一方で、福祉・介護分野で従事していない資格取得者もかなり多く、多大な労力を費やして取得された資格取得者が埋もれた労働力となっているのは、社会にとっても大きな損失である。

本研究は、社会福祉法人に勤務する保健医療福祉職の資格取得と、離転職の状況について分析することを目的としている。福祉職の離職問題は、介護領域を中心に研究が実施されてきたが、その多くは特定の事業所の労働者または事業所の一方のみの調査で、業界内と外の転職の区分がされていないものが多い。労働市場の流動化や転職行動における資格取得の価値を考慮すると、保健医療福祉分野間での転職か、それ以外の産業への転職あるいは完全に労働市場から退出するのかは、大きく意味が異なるはずである。

本研究は、このような問題意識から、社会福祉法人の労使双方のデータをマッチングさせた約1800 人分のデータを用いて、保健医療福祉分野の資格取得およびその事業所の処遇が、労働者の離職、転職意向に及ぼす効果を分析し、その能力を最大限に発揮するために何が必要かを提言することを目的としている。

2. 理論的枠組みと先行研究

本研究は、労働者の離転職希望の状況を、複数資格取得や同業他事業所への転職であるのか、完全にその労働市場から退出するのかの違いに着目して分析する。これにより、多くの資源をかけて資格取得や人材育成を行った労働者が、同じ保健医療福祉の労働市場で就業継続をするには何が必要であるのかを明らかにすることが可能になる。

また、先行研究にはなかった、勤務先の法人の人材確保や処遇改善等の取り組みと労働者本人の回答をマッチングできるデータの特性を活かすことで、事業者の取り組みの実際と労働者の評価やモチベーションとの齟齬を分析することが可能になる。

そして、保健医療福祉職の専門性の向上が重視されるなか、複数資格保有者や今後の資格取得意向とその労働者のモチベーションや離転職の意向についても、分析を行うこととする。

(1)離職のメカニズム

一般的に、労働者は現在の職場にとどまるよりも新しい転職先に異動する利益の方が大きいと判断した場合、転職を決断するものとされる。保健医療福祉分野での離職を扱う多くの先行研究では、賃金水準の低さや、女性が多い産業の特有事情として、長時間労働や休暇が取りにくいなど、仕事と家庭生活の両立が難しいことが指摘されてきた。

労働市場における転職の移動コストを考慮すれば、同一産業間での転職行動の方がこれまでのスキルが活かせるため、まったく異業種への転職より有利な選択であると考えるのが一般的であろう。しかし、労働者がその仕事内容自体に不満があったり、仕事が自分にあっていないと感じたりしていれば、別の業界に転職したり、離職を希望すると考えられる。

介護労働センター「令和3年度介護労働力実態調査」によれば、近年、2職種(訪問介護員、介

護職員）の離職率は低下傾向にあり、この背景には、処遇改善の取組や処遇改善加算を手当に反映させるなど、賃金水準が微増したことが背景にあり、実際、「今の職場で働き続けたい」とする勤続意欲は5年連続で上昇した。仕事の悩みとしては、労働者の労働条件に関する悩みは賃金よりも人手不足感が高く、人手不足解消が離職を防ぐための喫緊の課題であることが分かる。

また、同調査によれば、前職をやめた理由は、第 1 位が「職場の人間関係」（18.8％）で、「収入が少なかったため」（第4位14.9％）よりも高い。ただし、前職をやめた理由は、男女で傾向が異なり、女性は「結婚・出産・妊娠・育児のため」、男性では「自分の将来の見込みが立たなかったため」がそれぞれトップとなっている。保健医療福祉業界における診療報酬や介護報酬等は、公定価格であるため、法人の判断で、人手不足による賃金水準の引き上げを価格に転嫁することはできない。そのため、給与水準の高さを求人のアピールポイントにはしにくく、この業界で働くことを希望する労働者は、収入の高さだけを理由にする者が少ないことは想像に難くない。しかし、それは、給与水準の引き上げだけでは、労働者の離職を引き留める決定的な要因にもならないことを意味している。すでに述べたように、離職理由のトップに人間関係があげられること、多職種連携をはじめ、従業者間の円滑なコミュニケーションが求められる職場環境では、事業主側が円滑な人間関係の構築や仕事そのものの魅力の引き上げにいかに取り組むかが、離職抑止や円滑な業務遂行にも不可欠な要素となる。

（2）モチベーション（動機付け）向上に関する理論

また、コミュニケーションが適切にとれない職場は、感情労働といわれる仕事に従事する者にとって、休息や悩みの分かち合い、互いの職務への共感を醸成することもできない。保健医療福祉業界と同様に、長時間労働と人手不足が問題となっている教員についても、「でもしか先生」[2]のような、後ろ向きの就職動機をもった労働者の確保では、人手不足問題の解決にならないことは自明となっている。

マネジメント研究の一つに、モチベーション（動機付け）理論がある。マズローの欲求 5 段階説の応用として、マクレガーの X 理論、Y 理論、ハーズバーグの動機づけ・衛生理論がある。

マクレガーは人が働く動機について、X 理論（できるだけ仕事をしたくない、強制されない限り目標達成のために働かない、責任を回避して安全策を志向する）型の人間と、Y 理論（外から強制されて目標達成のために働くのではなく、自ら進んで目標のために働く。また、ときには条件次第では、自ら責任を取ろうとしたり、創意工夫を凝らすなどの型の人間がおり、Y 理論はよりマズローの高位な欲求が支配された者であるとされる。保健医療福祉分野に限らず、知識経済社会においては、こうしたＹ理論にそった就業者の確保が戦力になることは言うまでもない。

もう一つは、人間が働く際の欲求には、仕事の環境に対する欲求と仕事そのものへの欲求があるというハーズバーグの動機づけ・衛生理論である。

---

[2] 戦後、教員不足が続いた時代において、不本意な理由で教員になったことを揶揄する言葉である。

ハーズバーグ（F.Herdsberg）は、実証研究[3]から、職務満足度は、従来のアプローチで採用された不満足、中立、満足の一元性ではなく、「職務満足を生じさせる諸要因が職務満足を生じさせるものから独立しており、別個のものであるという二元性の仮説」（原口　1988　p.33）のもと、「満足要因」を「動機づけ要因」、「不満足要因」を「衛生理論」と名付けた。図1に示すように、仕事に対する満足、不満足としての要因は、低感情にも高感情にもなりうるが、その比重の大きさは異なっており、主に不満足の要因は、会社の政策と管理、監督―技術、給与、対人関係、労働条件という順で大きいことが分かる。逆に、動機づけ要因としては、達成、承認、仕事そのものなど、成長の機会、キャリアアップが鍵であり、つまり、「仕事内容の高度化」（原口　1988　p.35）をさす。

さらに、いくつかの重要な示唆がある（図1参照）。衛生要因は短期的事象に現れており、動機づけ要因事象の長期性と対照的である（ハーズバーグ　p.94）という点である。人間の基本的欲求に関連した、動物的ないし衛生的動因は一時的にしか満たされず、それがないことは不幸せにはなるが、入手しても効果は一時的である。そうした衛生要因が仕事の動機となる「衛生追求者」は、慢性的に不満をいだくことになる。衛生要因は、個人の成長実感がないため、積極的「幸福」を成し遂げるには、仕事からの精神的成長を成し遂げることが不可欠となる。原口（1988）は、産業界に対するハーズバーグの勧告を紹介している。それは、①流れ作業は単調感、疎外感をもたらすので、より複雑な仕事を負荷する職務満足が行われるべきであること、②現在の人事部は衛生志向的であるため、経営者は漸進的に動機づけ志向になるべきであること、③現実の職務が必要とする以上に過度に訓練することは職務満足の欠如を導き、その結果衛生理論の追求を招くので、あまり過度に訓練することを回避すべきだとしている。

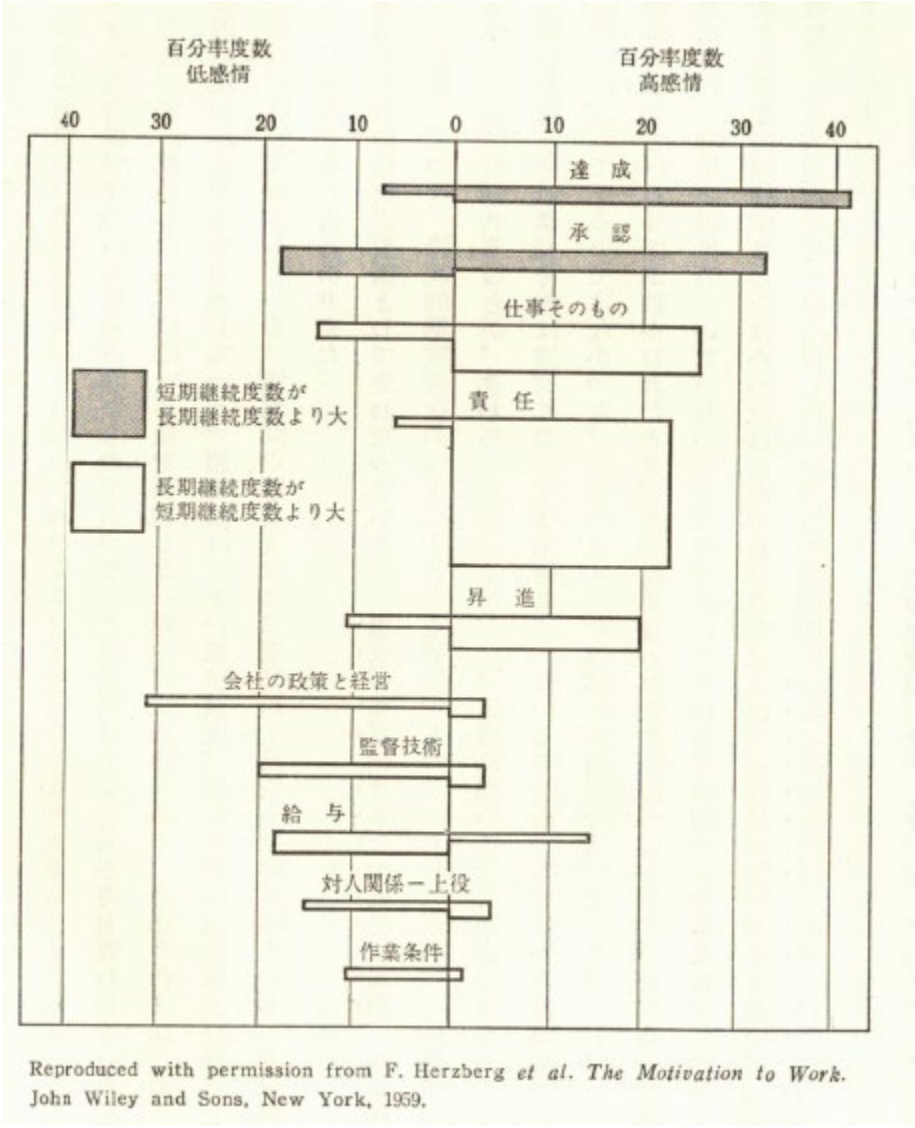
ハーズバーグは、この二要因の実証研究を様々な職業で実施し、職業によって衛生要因、動機づけ要因の各指標の影響力は異なることを明らかにしている。彼自身の研究に加え、多くの研究者がこの理論の実証研究を行ってきた。日本でも、看護職や看護師や介護分野の職員など、人手不足産業といわれる分野で重要な指摘が行われている。例えば、早坂（2022）は、ハーズバーグの動機付け理論・衛生理論を援用し、介護労働者のやりがいや達成感は労働意欲の向上につながっていることを明らかにしている。そして、介護労働者が有する専門性を発揮できる職務を与え、職員間の凝集性を集めて協議できる環境の用意は、国が法制レベルで行うものではなく、各々の施設・事業所で対処すべき事柄であると指摘している。優秀な職員を採用し、安定的な事業経営を行うためには、事業所や法人のCS（利用者満足）とES（従業員満足）がともに重要なのである。

しかし、日本における介護職などを対象とした先行研究の多くは、従業員に「今の職場を離職したいか」だけを尋ねたもので、同業他社への転職意向は尋ねておらず、保健医療福祉の仕事そのものに不満があるのか、労働条件などに不満があるのかを峻別できていない。また、実際の事業所との取り組みと労働者の評価をマッチングしていないこと、複数資格取得や新たな資格取得意欲と離職意向との関係までは分析対象とはなっていない。本研究は、これらの点についても、社会福

[3] 1950年代にペンシルバニアのピッツバーグで約200人の技術者と会計士に面接し、現在の仕事あるいは過去の経験した仕事について、とくに満足した、あるいは不満足であったときのことを尋ねる方式で行われている。

祉法人に勤務する従業員と法人データのマッチングから明らかにすることを目的としている。

図1　満足要因と不満足要因の比較



Reproduced with permission from F. Herzberg *et al. The Motivation to Work.* John Wiley and Sons, New York, 1959.

出所：F・ハーズバーグ（1968）p.86

（3）資格取得とモチベーションの効果

次に、資格の取得が、仕事の動機付けや離職行動に及ぼす影響について検討しよう。一般に、資格取得は、業務遂行の手段やパスポートとして取得される場合が多い。労働者にとって、新たな資格取得インセンティブは、仕事の専門性の向上やスキルアップ手段との関連性が高いことは容易に想像できる。前述のハーズバーグの理論を援用すれば、新たな資格取得意欲は、動機付け（仕事へのモチベーション）の代理指標ともいえよう。「資格」保有は、自身の能力やスキルを顕示するシグナリングの役割をもつと当時に、汎用性が高く、希少性の高い資格であればあるほど、再

就職市場では自身の市場価値を高めることに有利に働く。

介護労働者の資格保有が賃金に及ぼす影響については、殷・川田・許（2014）が、「介護労働者実態調査」の個票分析より、学歴、とりわけ福祉系大学の学歴が賃金との有意な相関を認めている。また、学歴以上に介護福祉士、ホームヘルパー1級、介護支援専門員など、訪問介護員などに比べ、相対的に資格取得が難しい資格保有が賃金水準に有利に作用していることを明らかにしている。つまり、難易度の高い資格取得は、賃金引き上げという衛生要因（不満足要因）の解消にもつながることで、離職抑制効果があるということになる。加藤(2015)は、介護労働安定センター「平成 22 年介護労働者実態調査」の労働者の個票データを用いて分析を行い、同じ県内の平均賃金と比較した相対賃金は職務満足度にプラスに作用するが、就業継続意向には有意に作用しないこと、そして、内発的な動機と職場のソーシャルキャピタルが職場の満足度と就業継続意向の双方でプラスの有意性を持つことを確認している。

小檜山（2010）は、介護職員（訪問介護含む）の介護福祉士の資格保有と職場の定着との関係性を分析し、介護福祉士の有資格者の賃金水準はやや高いものの、離職意向は高く、とくに入所系で働く介護福祉士の満足度が低いことを明らかにしている。そして、賃金水準の引き上げだけでは離職抑止には不十分で、相談窓口サポートなどの環境整備、人事管理の必要性を示唆している。また、吉田・水野・車井（2012）も、介護福祉士資格所有者は労働条件に不満足の傾向があり、長時間労働者、都市部での勤務、施設介護員などに離職意向が高いことを指摘している。このように、介護労働者の離職防止には、労働者の衛生要因の改善だけでは不十分で、事業者が労働者に動機付け要因を継続的に働きかけ、常に組織変革を行い続けなければならないことが分かる。

保健医療福祉職の資格保有が離転職の意向に及ぼす効果を検討するには、労働市場における資格保有の優位性の検証が必要である。以下、3 つの論点を考えていこう。

1 つは、業界内での転職意向も含めた労働者の判断に、資格取得がどのような効果をもたらすかである。保健医療福祉の資格には、医師のような業務独占資格と社会福祉士などの名称独占資格の2種類がある。介護福祉士や社会福祉士など、社会福祉関係の多くの資格は、名称独占資格であり、その資格を保有していない者は資格を名乗ることはできないが、業務遂行を法的に禁止されているわけではない。そのため、福祉関係の現場では、介護福祉士や社会福祉士などの資格を保有しない者であっても、就業自体は可能である。これは、慢性的な人手不足が続く現場では、より多くの者を採用候補者にできる一方で、資格保有者にとっては、その優位性をアピールするには不十分な労働市場ということになる。

2 番目に、先述のハーズバーグの動機付け理論・衛生理論を援用すると、新たな資格取得意欲は動機付け要因の「達成」や「仕事そのもの」の魅力による動機付けになる。また、同業他社への転職を希望する者は、職場の労働条件に不満はあっても、保健医療福祉職そのものの業務に嫌悪感を抱いているわけではないとも考えられる。本研究で、現在の職場で勤務継続を希望する者、同じ保健医療福祉業界への転職希望者、業界外への離転職希望者がもつ衛生要因や動機付け要因の差異を明らかにできれば、保健医療福祉業界の新たな人材確保策を考えることができる。

最後に、転職市場における資格保有の評価と労働者の離職意欲との関係である。資格保有の

有無や複数資格の取得が、同業他社あるいは別の業界においていかに評価されるのかによって、労働者の転職意欲は少なからず影響を受けるはずである。介護労働者の処遇改善と経営の安定化を図る目的から、2009年度の介護保険制度における介護報酬改定において、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価 [4]が導入され、介護福祉士の資格の有無とその勤続年数の長さが、介護報酬の加算に反映されることになった。さらに、2015 年度の介護報酬改定では、介護福祉士の配置割合とサービス提供体制強化加算評価との結びつきがより強化され、より多くの介護福祉士の資格保有者を配置することが、事業所の利益につながりやすいことになった。そして、令和 3 年度の介護報酬改定では、サービス提供体制強化加算において、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、より介護福祉士割合や勤続年数の長い介護福祉士の割合が高い事業者を評価する新たな区分を設けられ、訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護の特定事業所加算、サービス提供体制強化加算において、勤続年数が一定以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設けることが決まった [5]。これにより、介護福祉士の資格の有無、勤続年数の長さが介護保険事業所の介護報酬の引き上げにより強く結びつく仕組みができた。これにより、介護福祉士資格保有者で、かつ経験者である者は、介護業界の転職市場ではより強いバーゲニングパワーをもつことになった。

3. クロス集計による離転職希望者と資格取得の状況

本研究で用いるデータは、「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」による調査（2023 年 2 月～3月実施；以下、「本調査」と省略。）である。全国の社会福祉法人に勤務する保健医療福祉職と、その勤務先である社会福祉法人をマッチングさせたデータ 1840 人分である。本調査の限界としては、対象法人が社会福祉法人に限定されていること、法人のデータ提供に同意した事業所のみであることから、社会全体の平均像よりも人材育成等の取り組みに積極的な法人が多数を占める可能性が考えられる点である。

(1) 保健医療福祉職の離転職意向と資格取得

表 1 は、本調査の分析対象者 1840 人の資格保有状況と離職転職の意向をクロス集計した結果である。まず、表の右端の N の分布を縦に比較し、従業上の地位と資格保有の関係についてみていこう。正規職員から比較すると、資格保有なしの者は 416 人（正規職員の 27%）、資格を 1 つ保有している者は 532 人（同 34.6%）、複数の資格を保有している者は 590 人（同 38.4%）で、全体の約 4 分の 3 が資格保有者で、複数の資格保有者が最も多かった。一方、非正規職員の場合は、資格保有なしの者が 149 人（49.3%）と約過半数を占め、複数の資格保有者は全体の 22.5%程度に

[4] 「介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有するものが一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う」（厚生労働省「平成21年度介護報酬改定の概要」を参照）。

[5] 厚生労働省「令和3年度介護報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

すぎなかった。

表 1　保健医療福祉職の従業上の地位別　資格保有状況と離転職の意向　　（単位:%、人）

		転職しない	保健医療福祉業界転職希望	他業界転職・仕事やめる	合計	N
正規職員のみ	資格なし	57.5	15.6	26.9	100.0	416
	資格1つ	49.2	30.6	20.1	100.0	532
	複数資格あり	57.3	27.1	15.6	100.0	590
	合計	54.6	25.2	20.2	100.0	1538
非正規職員のみ	資格なし	12.1	30.9	57.0	100.0	149
	資格1つ	18.8	17.6	63.5	100.0	85
	複数資格あり	29.4	20.6	50.0	100.0	68
	合計	17.9	24.8	57.3	100.0	302
全体	資格なし	57.3	14.7	28.0	100.0	565
	資格1つ	51.2	29.0	19.8	100.0	617
	複数資格あり	56.5	27.4	16.1	100.0	658
	合計	24.0	21.0	55.0	100.0	1840

注:Pearson のカイ二乗検定の結果、1%水準で有意差が認められた。

次に、従業上の地位・資格保有の状況と離転職の意向の状況について比較しよう(表 1 参照)。正規職員の場合は、資格の保有状況にかかわらず、「転職しない」と回答する者が全体的に多い。資格保有の状況別に比較すると、「資格1つ」保有の者が「転職しない」と回答した割合がもっとも低く、「資格なし」の者と「複数資格あり」の者の過半数が、現在の職場にとどまる意向を表している。

次に、正規職員について、資格保有状況別に離転職意向を比較しよう。保健医療福祉業界の転職希望者の割合は、「資格なし」の者は 15.6%、「資格 1 つ」の者が 30.6%、「複数資格あり」の者が 27.1%で、資格保有者の方が資格非保有者よりも、同一業界への転職を希望していることが分かる。また、資格非保有者に着目すると、「他業界転職・仕事やめる」の方が保健医療福祉業界への転職希望者よりも高く、資格保有者よりも業界外の離転職希望者が高い状況にある。つまり、資格を持たないことは、同業他社での評価が得られないために現在の職場にとどまりたいという意向と、もともと資格取得の機会費用がないため、異業種への転職を望む両方の効果があると考えられる。

非正規職員は、正規職員に比べ、全体的に他業種への転職・離職意向が高い。資格1つ保有者より複数資格保有者の方が「転職しない」と回答する割合が高いことは、正規職員と同様であるが、資格保有者であっても、保健医療福祉業界への転職希望者の割合がかなり低い特徴がある。

このことは、資格保有者であっても、非正規職員は他業界転職や離職意向が高いため、資格取得のために費やした本人の努力や教職員等の実習等のために費やした社会的費用が、失われてしまうことを意味しており、深刻な問題である。

次に、資格保有を保有しない理由、資格を複数取得した理由を比較し、その背景にある要因を検討しよう。

表 2 は、資格を保有していない者にその理由を尋ねた結果、表3は、資格を複数取得した理由を尋ねた結果である。

表 2 資格を保有していない理由(複数回答) (単位:%)

		理由ありの割合	資格を保有していない理由ありの者のみ(複数回答)						
			①入職時の条件ではなかったから	②法人から資格取得を求められたことがないから	③業務に当たって資格が必要ではないから	④資格取得のメリットを特に感じないから	⑤資格取得に費用がかかるから	⑥資格取得の時間がないから	⑦その他
正規職員	転職しない	15.5	56.8	16.2	35.1	8.1	27.0	35.1	21.6
	保健医療福祉業界転職希望	23.1	20.0	13.3	20.0	6.7	20.0	20.0	53.3
	他業界転職・仕事やめる	20.5	52.2	21.7	65.2	26.1	21.7	30.4	13.0
	合計	18.0	48.0	17.3	41.3	13.3	24.0	30.7	25.3
非正規職員	転職しない	10.6	33.3	0.0	11.1	0.0	0.0	55.6	33.3
	保健医療福祉業界転職希望	22.2	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	50.0
	他業界転職・仕事やめる	15.2	71.4	57.1	28.6	28.6	42.9	42.9	0.0
	合計	13.4	40.0	20.0	20.0	10.0	15.0	45.0	25.0
全体	転職しない	14.2	52.2	13.0	30.4	6.5	21.7	39.1	23.9
	保健医療福祉業界転職希望	22.9	15.8	10.5	21.1	5.3	15.8	21.1	52.6
	他業界転職・仕事やめる	19.0	56.7	30.0	56.7	26.7	26.7	33.3	10.0
	合計	16.8	46.3	17.9	36.8	12.6	22.1	33.7	25.3

表2の「全体」から、まず資格を保有していない理由があるかについて尋ねると、その理由があると回答した者は 10%台後半から 20%台前半で、資格を持たない理由は、特にないという者がかなり多いことに留意する必要がある。次いで、資格を保有しない「理由がある」と回答した者を母数(100%)として、複数回答でその理由を尋ねたところ、「入職時の条件ではなかったから」が全般的に高い傾向にある。回答者の「全体」で比較すると、「転職しない」、また「他業界転職・仕事やめる」と回答した者の過半数が、「入職時の条件ではなかったから」を回答しており、業務遂行上、もともと資格取得が求められていなかったことがわかる。

従業上の地位や離転職との意向と、資格を保有していない理由との関係を詳細に見ると、「他業界転職・仕事やめる」意向者は、どの選択肢も選ぶ特徴が見られた。特に、正規職員の「他業界転職・仕事やめる」ことを希望している者は、資格を保有していない理由として、「業務に当たって資格は必要でないから」が最も高かった。非正規労働者の同じカテゴリーの者では、資格取得の費用や時間など、資格取得のハードルの高さを理由に挙げる者が多かった。また、「転職しない」や「保健医療福祉業界転職」を希望している者は、「資格取得の時間がないから」がとりわけ高いこと

に留意すべきである。保健医療福祉業界は日常的に多忙であることはよく知られており、通常の勤務時間に加え、資格取得の勉強時間を確保することは体力的にも時間的にも厳しい状況がうかがえる。最後に、図には記載していないが、「保健医療福祉業界転職」者があげる「その他」の理由としては、試験が不合格であったり、勤務年数などの受験資格を満たしていなかったりすることがあげられていた。

表3　資格を複数取得した理由（複数回答）　（単位：%）

	①職種の転換のため	②業務の幅を広げるため	③知識・技能の向上のため*	④他の専門職との連携をスムーズにするため***	⑤知的好奇心*	⑥職場が推奨しているため**	⑦職場からの経済的支援があるため	⑧雇用形態の転換のため（非正規から正規）*	⑨昇進・昇格のため**	⑩給与上昇のため*	⑪将来の転職に必要なため***	⑫心身の体調の変化	⑬家庭の事情	⑭働き方を変えるため**	⑮学校・養成施設で複数取得できたため***	⑯その他
転職しない	13.6	59.8	65.3	19.0	13.6	19.0	5.4	2.7	10.9	10.9	8.2	0.0	2.7	5.4	13.6	2.7
保健医療福祉業界転職希望	17.2	54.0	58.9	14.7	17.2	12.3	4.9	2.5	12.3	14.7	17.2	0.0	2.5	9.8	24.6	2.5
他業界転職・仕事やめる	18.0	61.3	57.7	14.4	10.8	18.0	3.6	0.0	7.2	7.2	10.8	3.6	0.0	7.2	21.6	3.6
合計	14.0	58.6	61.4	16.8	14.0	16.8	5.6	2.8	8.4	11.2	11.2	2.8	2.8	5.6	19.5	2.8

注：*：$p<0.1$、**：$p<0.05$、***：$p<0.01$ をあらわす。

表２とは逆に、複数資格保有者に対し、複数の資格を取得した理由（表３参照）について尋ねると、表中の網掛け部分の選択肢の割合が高かった。離転職の意向にかかわらず、「業務の幅を広げるため」、「知識・技術の向上のため」の理由をあげる者が多く、全体的に仕事に意欲的に取り組む姿がうかがえる。ただし、保健医療福祉業界への転職希望者が、「将来の転職に必要なため」と回答しているのは、自身の転職市場における価値を高めるために戦略的に資格取得をしているとも考えられる。また、「学校、養成施設で複数取得できたから」の選択率も高い割合となっており、資格取得は就職後の独学よりも、教育機関での養成の方が労働者にとっては容易であることも分かる[6]。

また、分散分析の結果、カテゴリー間で有意差があった項目に印をつけた。これを見ると、「転職しない」者では「他の専門職との連携をスムーズにするため」、「職場が推奨しているため」がそれぞれ 1%水準、5%水準での有意差で高かった。一方、「保健医療福祉業界転職希望」者では、「将来の転職に必要なため」、「昇進・昇格のため」、「働き方を変えるため」が高く、転職や働き方を変えることを念頭に置いた自身への投資として、資格を位置づけていることが分かる。

さらに、表 4 は複数資格取得によって変化があったかどうかとその内容（該当者のみ）を尋ねた結果である。全体で約半数の複数資格取得者は「変化があった」と回答している。「合計」でその分布を確認すると、「給与が上昇した」（25.4%）、「同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった」（19.0%）、「資格を活かすことができる部署・担当に異動した」（18.1%）、「他の専門職との連携が

[6]第 35 回社会福祉士国家試験の全国平均の合格率は 44%であったが、福祉系大学の新卒者の合格率は 65.0%、既卒者は 28.2%であった（厚生労働省「第 35 回社会福祉士国家試験合格発表」）。新卒者と既卒者の合格率の差は、仕事と資格の勉強の両立の難しさを示唆している。

スムーズになった」(17.0%)と続く。ただし、離転職との意向とのクロス集計結果を見ると、「転職しない」と回答する複数資格所有者は、ほとんどの項目でもっとも高い割合を示しており、職場や同僚からの評価、また業務遂行でも複数資格所有が有用であったことが分かる。特に、分散分析の結果、1%水準で有意であった「給与が上昇した」は、30.5%と、他の離転職意向がある者と比較しても 10%ポイント以上高く、「周囲からの評価が高まった」、「昇進・昇格した」、「雇用形態が変化した」など職場で高い評価が得られたことが分かる。日常的に多忙な業務の合間を縫って資格取得の勉強をした成果を職場が評価したことが、その職場で働き続ける選択をさせたとも考えられる。反対に、「保健医療福祉業界転職希望」者は、「転職した」を除くと、職場における評価も業務遂行上の有益性も、項目によっては「他業界転職・仕事やめる」と回答する者よりも低い場合もあり、貴重な人材の評価や適材適所が理想とされる人材配置がうまくいっていない可能性を示唆している。

表4 複数資格取得による変化(複数回答) (単位:%)

	変化があった	①昇進・昇格した***	②他の専門職との連携がスムーズになった*	③雇用形態が転換した(非正規から正規)*	④給与が上昇した***	⑤資格を活かすことができる部署・担当に異動した	⑥同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった	⑦職場で表彰された	⑧周囲からの評価が高まった**	⑨転職した***	⑩独立・開業した**	⑪職場外のネットワークが広がった*	⑫その他
転職しない	42.7	15.5	19.6	3.5	30.5	20.4	20.9	1.4	11.2	6.0	0.0	8.4	2.4
保健医療福祉業界転職希望	56.7	12.3	13.3	1.7	18.9	12.3	15.0	0.5	8.3	11.8	1.2	3.4	1.7
他業界転職・仕事やめる	42.7	10.1	14.8	1.1	19.5	20.6	19.5	1.8	4.7	2.9	0.0	5.8	1.1
合計	47.8	13.7	17.0	2.5	25.4	18.1	19.0	1.1	9.2	7.0	0.3	6.4	2.0

注:*:$p<0.1$、**:$p<0.05$、***:$p<0.01$ をあらわす。

さらに、資格の性質(業務独占、名称独占)の関係と、資格の活用状況について検討しよう。表5は、主な資格取得者(複数の資格取得者は重複して掲載)に、活用資格があるか、またどのような職種についているかを尋ねたものである。まず、保有資格別に、活用資格があるかを尋ねると、看護師、保育士の9割は、「活用資格がある」と回答しているが、社会福祉士は、「活用資格がある」との回答率はもっとも低く、76.6%であった。看護師は業務独占資格であるため、活用度が非常に高いのは当然であり、保育士は名称独占資格ではあるが、子ども関係の職種に従事している者が多い。介護福祉士や介護支援専門員、訪問介護員の大半は、介護職、福祉職(高齢者関係)に従事しており、資格と職種の関連性は比較的高い。ところが、社会福祉士の場合は、職種の分布は、他の有資格者に比べ多様であり、介護職や事務職など必ずしも相談業務とは結びつきにくい業務に従事している者も少なくない。

このように、時間や労力をかけて資格を取得しても、そのスキルを活かす業務に従事できなければ、労働者の仕事に対するモチベーションの低下だけでなく、社会全体にとっても損失だという認識をもつ必要があろう。

表5　保有資格別の活用資格の状況　　（単位:%）

	活用資格あり	介護職	福祉職（高齢者関係）	福祉職（子ども関係）	福祉職（障害者関係）	福祉職（その他）	看護職	医療職	保健職	事務職（管理職を含む）	合計
介護福祉士	86.3	40.8	16.8	2.3	25.4	0.9	0.9	0.0	0.0	12.9	100.0
介護支援専門員	82.5	23.6	35.6	1.5	10.2	0.0	3.6	0.4	0.4	24.7	100.0
訪問介護員	78.0	30.0	20.0	7.3	28.0	0.7	1.3	0.7	0.0	12.0	100.0
社会福祉士	76.6	5.5	18.3	9.2	44.3	1.1	0.0	0.4	0.4	20.9	100.0
保育士	89.2	9.6	2.3	66.5	13.1	1.5	0.0	0.0	0.0	6.9	100.0
看護師	89.5	1.3	5.3	0.0	3.9	1.3	81.6	0.0	0.0	6.6	100.0

(3)新たな資格保有の意欲

これまでは、現在の資格取得の状況を概観してきたが、仕事のモチベーションともいえる、新たな資格取得の意欲を、離転職の意向別に比較してみよう。表6を見ると、離転職の意向にかかわらず、正規職員の方が非正規職員よりも新たな資格取得をしようという意欲が高く、とくに「保健医療福祉業界転職希望者」は、新たな資格取得意欲が高い傾向にある。また、右側の列にあるように、有資格者だけを抽出して分析しても、それほど新たな資格保有意識が高くなるわけではないことがわかる。また、正規職員、保健医療福祉業界転職希望者が、新たな資格取得意欲が高いことも変わらなかった。

表6　新たな資格取得をしたい者の割合　（単位:%）

		全体	有資格者のみ
転職しない	正規職員	37.1	39.8
	非正規職員	15.6	15.9
	全体	33.4	36.8
保健医療福祉業界転職希望	正規職員	59.5	61.3
	非正規職員	37.0	36.1
	全体	56.8	58.8
他業界転職・仕事やめる	正規職員	31.8	35.7
	非正規職員	13.3	13.8
	全体	28.2	32.9
合計	正規職員	41.7	45.3
	非正規職員	18.9	20.3
	全体	37.9	42.3

注;分散分析の結果、1%水準で有意であった。

転職を意識する者にとって、保有する資格が転職市場においてどう評価されるのか、転職先で

の業務での資格有用性は高い関心事となる。保健医療福祉業界での転職には、資格保有はより専門性の高さをアピールするシグナリングの手段となる。同時に、近年の制度変更を受け、法人経営にとっては報酬上の点から、資格取得者は高評価となりやすい環境にある。その結果、離転職に関する 3 類型のなかで、もっとも新たな資格取得意欲が高いのは、保健医療福祉業界に転職を希望している者であったという結果は合点がいく。

「他業界転職・仕事やめる」と考えている者が新たな資格取得意欲が低いのは当然の結果であろうが、「転職しない」と回答している者もそれと遜色ないほど意欲が低い水準にあったのは意外な結果であった。その理由としては、①資格保有と現在の仕事の専門性との関連性が薄く、資格取得のインセンティブがわきにくい可能性、②新たな資格取得が給与等で評価されない可能性、③慢性的な人手不足が続く業界において、資格取得をせずとも不利に扱われることはないであろうと労働者が判断した可能性が考えられる。この仮説の検証は本調査からは難しく、詳細な分析は、今後の課題としたい。

なお、表には記載していないが、すべての離転職希望者が取得を希望する資格第 1 位は、「社会福祉士」であった。

表7は、新たな資格取得をしたい理由について尋ねた結果である。この表は、表5とは異なり、現在の資格保有状況と離転職意向とをクロス集計した結果である。

表7　新たな資格取得をしたい理由　　（単位：%）

		希望あり（%）	1位	該当率（%）	2位	該当率（%）	3位	該当率（%）
資格なし	転職しない	26.23	③知識・技能の向上のため	73.0	②業務の幅を広げるため	58.8	④他の専門職との連携をスムーズにするため	22.3
	保健医療福祉業界転職希望	48.19	③知識・技能の向上のため	70.0	②業務の幅を広げるため	57.5	⑤知的好奇心、⑩給与上昇のため	25.0
	他業界転職・仕事やめる	21.52	③知識・技能の向上のため	58.8	②業務の幅を広げるため	52.9	⑩給与上昇のため	26.5
	合計	28.14	③知識・技能の向上のため	69.2	②業務の幅を広げるため	57.2	①職種の転換のため	22.6
資格1つ	転職しない	39.87	③知識・技能の向上のため	81.7	②業務の幅を広げるため	61.1	④他の専門職との連携をスムーズにするため	26.2
	保健医療福祉業界転職希望	56.42	③知識・技能の向上のため	76.2	②業務の幅を広げるため	74.3	⑤知的好奇心	26.7
	他業界転職・仕事やめる	31.15	③知識・技能の向上のため	57.9	②業務の幅を広げるため	52.6	⑤知的好奇心	23.7
	合計	42.95	③知識・技能の向上のため	76.2	②業務の幅を広げるため	64.9	⑤知的好奇心	21.1
複数資格所有	転職しない	34.14	③知識・技能の向上のため	78.7	②業務の幅を広げるため	66.1	⑤知的好奇心	35.4
	保健医療福祉業界転職希望	61.11	③知識・技能の向上のため	70.0	②業務の幅を広げるため	68.2	⑤知的好奇心	28.2
	他業界転職・仕事やめる	34.91	③知識・技能の向上のため	75.7	②業務の幅を広げるため	70.3	⑤知的好奇心	32.4
	合計	41.64	③知識・技能の向上のため	74.8	②業務の幅を広げるため	67.5	⑤知的好奇心	32.1

全体的な傾向としては、資格保有者のほうが非保有者よりも、新たな資格取得意欲が高い。新たな資格取得をしたい理由の分布をみると、すべての資格保有の状況と離転職希望者で、第 1 位が「知識、技能の向上のため」、第 2 位が「業務の幅を広げるため」であった。ようやく第 3 位の理由になって、差があらわれ、「転職しない」者は、「他の専門職との連携をスムーズにするため」、「資格なし」の者では、保健医療福祉業界への転職希望者と、他業界転職・仕事やめる者が、「給与上昇のため」をあげている。新たな資格取得意欲も、転職を希望しない者は現在の仕事そのものに役にたつ、動機付け要因がモチベーションとなっているのに対し、離転職者は、給与上昇という衛

生要因がその動機になっているという違いが明らかになっている。

(4)労働条件・入職時の動機

表8は、従業上の地位・離職意向別の労働状況をあらわしたものである。これらの指標は、労働条件であり、ハーズバーグの理論では、職場の不満となる衛生要因に該当するものである。

まず、正規職員と非正規職員の週平均労働日数、1日の平均労働時間そしてそれを乗じて算出した週平均労働時間を比較すると、それほど大差はない。しかし、平均月収額や平均年収額には従業上の地位によって、大きな差がある。本調査の分析結果は、仕事内容の差異を反映していないものであるが、非正規労働者にとっては決して好条件は労働条件とはいえないであろう。また、離職意向との関係でみると、「転職しない」とする者の週平均労働時間が短いわりに、平均月収額や平均年収額は高い傾向がみられる。金銭面での労働条件が恵まれている労働者は、現在の職場にとどまろうとする意識が生まれていることが分かる。

表8　従業上の地位・離職意向別の労働状況(いずれも平均値)　　(単位:日、時間、万円)

		週平均労働日数①	1日の平均労働時間②	週平均労働時間③=①×②	平均月収額	平均年収額
正規職員	転職しない	4.98	8.38	41.8	28.80	432.47
	保健医療福祉業界転職希望	4.98	8.55	42.6	26.52	389.99
	他業界転職・仕事やめる	5.02	8.55	42.9	26.37	390.04
	合計	4.99	8.46	42.2	27.74	413.24
非正規職員(雇用期間の定めあり)	転職しない	4.37	7.11	31.0	14.57	189.40
	保健医療福祉業界転職希望	4.34	7.52	31.1	14.63	189.19
	他業界転職・仕事やめる	4.42	6.94	31.9	13.97	176.00
	合計	4.37	7.19	31.2	14.48	186.97
非正規職員(雇用期間の定めなし)	転職しない	4.06	6.31	27.7	11.54	142.93
	保健医療福祉業界転職希望	4.29	6.71	26.0	11.67	136.50
	他業界転職・仕事やめる	4.00	6.79	28.9	10.68	145.16
	合計	4.09	6.49	26.9	11.35	142.34
合計	転職しない	4.86	8.11	39.6	26.30	389.99
	保健医療福祉業界転職希望	4.91	8.34	41.1	24.97	363.58
	他業界転職・仕事やめる	4.87	8.30	40.5	23.78	347.44
	合計	4.87	8.21	40.0	25.45	374.75

注:便宜上、週平均労働時間は③=①×②と記載しているが、実際には未回答者は除く数値のため、表上の①と②を単純に乗じた数値とは、一致しない。

表9、10 は、動機付け要因と衛生要因に分けた、労働者による現在の職場環境の評価である。動機付け要因としては、表9にあげた専門性の発揮、成長実感、キャリアアップ、仕事の楽しさなどをあげ、衛生要因としては表 10 にあげた職場の人間関係、福利厚生、給与水準をあげている。い

ずれも、「とても思う」を3点、「少し思う」を２点、「あまり思わない」を１点、「全く思わない」を0点として、離転職の意向別に平均点を計算した。右にある、合計点は各項目の合計点の平均点をあらわしている。点数が高いほど、労働者がその職場を評価していることになる。

表9　現在の職場環境の評価の平均点（動機付け要因）

		①専門性が発揮できる	②自分が成長している実感がある	③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されている	④キャリアアップの機会がある***	⑤目標にしたい先輩・同僚がいる	⑦利用者の援助・支援や生活改善につながる	⑧仕事が楽しい***	⑨社会に貢献できると感じる	⑪取得した保健医療福祉に関する資格が活かせる*	⑫仕事にやりがいを感じる***	⑯昇進昇格できる雰囲気がある***	⑲業務改善や新しいことにチャレンジする環境がある	合計点	N
正規職員	転職しない	2.29	2.15	2.00	2.03	2.01	2.30	2.00	2.19	1.97	2.17	2.11	1.98	25.21	839
	保健医療福祉業界転職希望	2.03	1.84	1.72	1.60	1.59	1.99	1.48	1.82	1.65	1.66	1.70	1.56	20.66	388
	他業界転職・仕事やめる	2.01	1.80	1.75	1.66	1.58	1.95	1.43	1.81	1.56	1.59	1.72	1.58	20.45	311
	合計	2.17	2.00	1.88	1.85	1.82	2.15	1.76	2.02	1.80	1.92	1.93	1.80	23.10	1538
非正規職員	転職しない	2.11	2.02	1.84	1.69	1.90	2.23	2.09	2.20	1.78	2.18	1.79	1.90	23.73	173
	保健医療福祉業界転職希望	2.06	1.96	1.69	1.35	1.63	1.94	1.94	1.93	1.61	1.91	1.57	1.57	21.17	54
	他業界転職・仕事やめる	1.83	1.81	1.80	1.48	1.55	1.97	1.92	1.93	1.55	1.88	1.67	1.59	20.97	75
	合計	2.03	1.96	1.80	1.58	1.76	2.11	2.02	2.09	1.69	2.06	1.72	1.76	24.96	302
合計	転職しない	2.26	2.12	1.97	1.97	1.99	2.29	2.02	2.20	1.93	2.17	2.06	1.97	24.96	1012
	保健医療福祉業界転職希望	2.04	1.86	1.72	1.57	1.60	1.99	1.53	1.83	1.64	1.69	1.69	1.57	20.55	442
	他業界転職・仕事やめる	1.98	1.80	1.76	1.63	1.58	1.95	1.53	1.83	1.56	1.65	1.71	1.58	20.72	386
	合計	2.15	1.99	1.87	1.80	1.81	2.14	1.80	2.03	1.79	1.95	1.90	1.79	23.01	1840

表 10　現在の職場環境の評価の平均点（衛生要因）

		⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好である***	⑩業務量が適度で余裕がある***	⑬残業や休日出勤が少ない***	⑭福利厚生が充実している	⑮給与水準が高い***	⑰仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がある**	⑱従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある***	合計点	N
正規職員のみ	転職しない	2.22	1.43	1.84	1.99	1.55	2.16	2.00	13.32	839
	保健医療福祉業界転職希望	1.81	1.13	1.57	1.61	1.21	1.71	1.51	10.55	388
	他業界転職・仕事やめる	1.85	1.07	1.56	1.67	1.24	1.67	1.56	12.11	311
	合計	2.04	1.28	1.72	1.83	1.40	1.95	1.79	12.67	1538
非正規職員	転職しない	2.23	1.68	1.98	1.87	1.32	2.14	2.10	13.32	173
	保健医療福祉業界転職希望	2.15	1.33	1.78	1.63	0.94	1.83	1.70	11.37	54
	他業界転職・仕事やめる	2.16	1.48	2.00	1.65	0.99	2.01	1.81	12.11	75
	合計	2.20	1.57	1.95	1.77	1.17	2.05	1.96	12.01	302
全体	転職しない	2.22	1.48	1.87	1.97	1.51	2.15	2.02	13.22	1012
	保健医療福祉業界転職希望	1.85	1.15	1.60	1.61	1.18	1.72	1.53	10.65	442
	他業界転職・仕事やめる	1.91	1.15	1.65	1.66	1.19	1.74	1.61	10.90	386
	合計	2.07	1.33	1.76	1.82	1.36	1.96	1.82	12.12	1840

注：表 9, 10 ともに、*$p<0.1$、**：p<0.05、***：$p<0.01$ をあらわす。

表9から、動機付け要因を従業上の地位と、離転職の意向のクロス集計で比較すると、「転職をしない」者がもっとも高く、それから大きく乖離する状況で「保健医療福祉業界への転職希望」、「他

業界転職・仕事やめる」者の評価が近接する結果となった。先ほど、新たな資格取得という点では高い意欲を示した保健医療福祉業界への転職を希望している者の動機付けが、他業界に離転職をしようとする者と変わらない点には留意すべきである。

表 10 の衛生要因については、正規職員、非正規職員にかかわらず、「転職をしない」とする者の評価が高いことは共通しているが、「保健医療福祉業界転職希望」者のほうが「他業界転職・仕事やめる」者よりも、全体的なスコアが低い点である。特に、職場の人間関係・コミュニケーション、給与水準、従業員の個人的な生活時間への配慮でもっとも低い結果となった。つまり、動機付け要因と衛生要因がともに離転職の判断に影響を与えており、ともに高いのが「転職をしない」者である。どちらかといえば、衛生要因の低さが際立つ保健医療福祉業界への転職をめざす者、そして動機付け要因が低い他業界転職者・仕事をやめる者という特徴がみてとれた。

(4)法人の人材確保、処遇改善等の取組状況

最後に、慢性的な人手不足が続く保健医療福祉業界において、どのような人材確保や処遇改善の取組を行っているか、法人側の回答からみていこう。本調査では、処遇改善、人材確保、資質の向上やキャリアアップ、多様な働き方への配慮、やり甲斐・働き甲斐の醸成という項目で取組の有無と個別取組の状況を調査している。ほぼ 100%の法人がなんらかの取組は行っているため、各項目別の取り組んでいる割合を%表記した。表 11～16 がその結果を表している。

表 11　処遇改善の取り組み状況　　(単位:%、個)

	①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と給与体系を整備している***	②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している***	③経験もしくは資格に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づいて定期的に昇給を判定する仕組みを設けている***	④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）***	⑤従業員の経験や勤続年数に応じて給与を加算する仕組みを設けている***	⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている***	⑦その他***	平均取組個数	標準偏差
転職しない	83.2	87.7	75.5	82.7	64.6	47.3	2.1	4.4	1.8
保健医療福祉業界転職	87.5	90.7	81.4	85.9	70	57.5	1.8	4.7	1.7
他業界転職・離職	81.2	90.4	76.3	86.2	71.1	54.2	0.8	4.6	1.8
合計	83.8	89	77.1	84.2	67.3	51.2	1.7	4.5	1.8

表 12　法人内部の人材確保の取り組み　（単位:%、個）

	①求める人材や組織としての方向性を明確にする*	②従業員のキャリアパスを明確にする***	③従業員のニーズに合った多様な働き方を制度化する***	④広報活動に力を入れる***	⑤従業員からの紹介を促進する***	⑥地域の他法人や事業所と共同で採用活動を行う***	⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する*	⑧その他**	平均取組個数	標準偏差
転職しない	75.0	64.3	58.5	67.0	68.0	29.3	83.2	2.9	4.5	2.2
保健医療福祉業界転職	80.0	73.4	73.9	80.0	77.7	42.7	87.5	1.6	5.2	2.1
他業界転職・離職	74.2	64.6	64.6	71.6	70.8	37.5	85.7	0.5	4.7	2.3
合計	76.0	66.5	63.5	71.1	70.9	34.2	84.8	2.1	4.7	2.2

表 13　資質の向上やキャリアアップに関する取り組み　（単位:%、個）

	①働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援***	②より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援***	③研修の受講・キャリア制度と人事考課との連動***	④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入***	⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）*	⑥その他**	平均取組個数	標準偏差
転職しない	72.0	71.2	57.2	65.3	63.9	1.1	3.3	1.4
保健医療福祉業界転職	82.5	75.2	66.8	69.1	69.8	0.0	3.6	1.4
他業界転職・離職	73.7	75.0	63.0	64.0	65.9	0.3	3.4	1.5
合計	74.9	73.0	60.7	66.0	65.7	0.7	3.4	1.4

表 14　従業員の多様な働き方に対する取り組み　（単位:%、個）

	①仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実	②事業所内託児施設の整備***	③従業員の事情に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入	④従業員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換制度の整備	⑤有給休暇を取得しやすい環境の整備	⑥福利厚生制度の充実	⑦従業員の相談体制の充実	⑧職場風土改善に向けた研修の実施*	⑨その他**	平均取組個数	標準偏差
転職しない	75.8	46.8	72.8	71.2	84.0	68.4	74.3	48.2	1.0	5.4	2.1
保健医療福祉業界転職	79.3	53.6	77.3	80.7	88.4	71.1	80.2	60.2	0.9	5.9	2.1
他業界転職・離職	76.3	52.6	74.5	76.3	85.4	66.4	79.4	53.6	0.3	5.6	2.2
合計	76.7	49.6	74.2	74.5	85.3	68.7	76.8	52.2	0.8	5.6	2.2

表15　従業員の心身の健康管理に関する取り組み　（単位:%、個）

	①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等）*	②健康管理対策の実施（健康診断・ストレスチェック、休憩室の設置等）	③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施***	④事故・トラブルへの対応マニュアルの作成***	⑤その他	平均取組個数	標準偏差
転職しない	68.4	93.3	43.7	55.8	8.0	3.0	1.6
保健医療福祉業界転職	74.3	95.7	55.9	64.5	8.4	3.5	1.6
他業界転職・離職	68.0	94.5	48.7	58.9	8.1	3.2	1.7
合計	69.7	94.2	47.7	58.5	8.1	3.2	1.6

表 16　やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組み　（単位:%、個）

	①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善	②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流	③法人の方針・理念（利用者本位のケア等）を定期的に学ぶ機会の提供***	④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供***	⑤その他***	平均取組個数	標準偏差
転職しない	74.2	42.1	78.3	56.0	0.3	2.5	1.3
保健医療福祉業界転職	77.3	54.8	85.2	70.7	0.2	2.9	1.2
他業界転職・離職	76.0	45.8	82.6	61.7	0.0	2.7	1.3
合計	75.3	45.9	80.8	60.7	0.2	2.6	1.3

表 11～16 を見ると、予想に反して、「転職しない」という回答した労働者が勤務する社会法人の取り組み率が最も低く、ついで「他業界転職・離職」、「保健医療福祉業界への転職」を希望する労働者が勤務する社会福祉法人の取り組み率の方が高い結果となった。積極的に多くの取り組みを行っているはずが、労働者からの職場環境の評価は高くない。この理由は、社会福祉法人の取り組みが実際の労働者の評価には結びついていないという分析結果から把握できる。

表 17 は、社会福祉法人は「対応している」と回答している事業所に勤務する職員が、その取り組みについて「全くない」と評価した割合を表記している。取り組みの内容が周知されていたり、その内容が評価されていたりすれば、その数値は限りなく0に近づくはずである。

表 17 を見ると、が、法人としては取り組みがあるはずであるのに、「全く思わない」と評価する割合は、保健医療福祉業界への転職を希望する者に多い。他業界に転職・仕事をやめることを希望する者と比較しても、保健医療福祉業界への転職希望者は、教育訓練やキャリアアップの機会よりも、仕事と家庭の両立や残業や労働時間に関する取り組みを評価していない者の割合が高いことにも注意すべきである。このように、法人が取り組みを行っているように見えても、労働者側の評価に値しないのであれば、離職抑止はできない。本調査では，法人側の具体的な取り組み内容を把握することはできないが、取り組むことの数よりも、一つ一つの取り組みの質を引き上げ、従業員の理解を得ることの方が離職防止には有効であることが示唆される。

表17 法人が対応していると回答した事業所に勤務する職員が「全くない」と回答した割合

（単位：%）

	働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援実施		より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援		仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実を実施			有給休暇を取得しやすい環境の整備	
	教育訓練・能力開発の機会	キャリアアップの機会	教育訓練・能力開発の機会	キャリアアップの機会	仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境	従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気	残業や休日出勤が少ない	仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境	N
転職しない	1.2	3.3	2.0	3.8	1.2	2.6	8.0	3.0	349
保健医療福祉業界転職希望	8.5	11.3	8.8	11.2	8.6	14.0	19.8	13.4	293
他業界転職・仕事やめる	7.1	11.7	6.6	10.1	4.4	10.2	17.1	9.5	763
合計	4.4	7.1	4.6	7.0	3.7	7.0	12.8	6.9	1405

注：表の上段は法人が取り組んでいるという項目、下段は労働者が現在の職場環境の評価として「全く思わない」と回答した項目である。数値は当該事業所に勤務する労働者が「全く思わない」と回答した割合である。

表18 資格取得希望と動機付け・衛生要因スコアの比較

	新たに取得したい資格あり			新たに取得したい資格なし		
	動機付け要因	衛生要因	N	動機付け要因	衛生要因	N
転職しない	26.0	13.5	311	24.8	13.0	528
保健医療福祉業界転職希望	21.6	10.8	231	19.3	10.2	157
他業界転職・仕事やめる	20.8	11.1	99	20.3	10.4	212
合計	23.6	12.2	641	22.8	11.9	897

表 18 は、これらの動機付け要因と衛生要因の各項目を合計した数値を、新たな資格取得の希望とクロスさせた結果である。数値が高いほど、それらの項目が労働者から高く評価されていることになる。新たに資格を取得したいと思う者ほど、職場を評価している傾向があること、転職しない者

に比べ、離転職の希望者のスコアが低いことは先述した通りである。保健医療福祉業界の離転職を希望している者に着目すると、資格取得と動機付けスコアの高低に関連性があることが分かる。新たに資格を取得する意識がある者は動機付け要因のスコアが、そうでない者よりも相対的に高い。また人数分布も、他の離転職希望者の類型よりもより資格取得意欲が高い。こうした層の離職を抑制することが、業界内の人材確保として有効な手段であり、その衛生要因の評価の低さが克服することが必要であろう。

4. 離転職希望者の多項ロジスティック分析

最後に、多変量解析によって、離転職希望者の特徴について分析を行う。被説明変数は離転職希望の状況であり、「転職しない」と回答した者を基準に、「保健医療福祉業界の転職」、「他業界の転職・仕事をやめる」と判断した者をカテゴリー化した。

説明変数は、男性ダミー[7]（男性＝1，女性＝0）、配偶関係（未婚者＝1、それ以外を 0）、年齢、学歴として大卒以上ダミー（大卒・大学院卒＝1）、非正規雇用ダミー（非正規雇用＝1、正規職員＝0）、管理職ダミー（管理職=1、それ以外を0）、年収は対数換算した数値（万円）、資格保有については、資格を1つだけ取得している者を基準として、複数資格保有ダミー、資格保有なしダミーを作成した。また、仕事に対する動機付けを表す変数として、新たな資格を取得したいと回答した者を「新たに資格取得したいダミー＝1」とした。そして、現在の職場の評価として、動機付け要因、衛生要因の各評価の和を利用した。最後に、法人側からの情報として、直近の収入規模（億円）、法人内部の動機付け要因と衛生要因の取り組み個数、同業種、異業種との給与水準について正規職員・非正規職員それぞれの自己評価（1 から5までのスコア。スコアが高いほど相場より高い水準である）、資格取得を法人側が評価するかについて、もっとも分かりやすい指標として、資格手当の支給を行っているかを採用した。最後に、職種による差をみるため、現在の職場の職種を採用した。事務職を基準として、介護職を1，福祉職を2，看護職を3，保健医療職を4としてカテゴリー変数として使用した。基本統計量は、表 19、分析結果については、全体の分析のほか、介護福祉職の有資格者[8]のみ、男女別の4つの分析結果を表 20、21 として掲載している。

---

[7] 男女別の分析を行うため、性別を回答しない者は、分析から除外した。

[8] 現在の職場における職種を、介護職、福祉職（高齢者関係、子ども関係、障害者関係、その他）に勤務するものに限定している。

表 19　基本統計量(全体)

	平均値	標準偏差	度数
保健医療福祉業界転職希望			408
他業界転職・仕事やめる			338
転職しない			921
男性ダミー	0.43	0.50	1667
未婚ダミー	0.37	0.48	1667
年齢	42.64	12.13	1667
大卒以上ダミー	0.42	0.49	1667
非正規雇用ダミー	0.16	0.37	1667
管理職ダミー	0.16	0.37	1667
年収の対数	5.80	0.52	1667
複数資格保有ダミー	0.35	0.48	1667
資格なしダミー	0.31	0.46	1667
新たに取得したい資格ありダミー	0.38	0.49	1667
動機付け要因スコア	23.08	6.80	1667
衛生要因スコア	12.13	3.88	1667
直近の法人の収入規模（億円）	33.23	34.03	1667
法人のやりがい・働き甲斐の醸成に関する取り組み個数	2.73	1.19	1667
法人内部の処遇改善に関する取り組み個数	4.71	1.53	1667
地域の同業者の平均給与との比較（正規職員）	3.70	0.53	1667
地域の同業者の平均給与との比較（非正規職員）	3.13	0.47	1667
地域の他同業者の平均給与との比較（正規職員）	2.83	0.68	1667
地域の他同業者の平均給与との比較（非正規職員）	2.39	0.68	1667
資格手当支給ダミー	0.47	0.50	1667
職場類型	2.3113	1.27338	1667

表 20 離転職の意向に関する多項ロジスティッ分析の結果（全体・介護福祉職の有資格者のみ）

		全体				介護福祉職の有資格者のみ			
		B	標準誤差		Exp(B)	B	標準誤差		Exp(B)
保健医療福祉業界転職希望	切片	1.342	1.545			3.727	1.974	*	
	男性ダミー	-0.038	0.153		0.963	0.129	0.193		1.137
	未婚ダミー	0.402	0.15	***	1.495	0.397	0.189	**	1.487
	年齢	-0.039	0.008	***	0.962	-0.032	0.01	***	0.968
	大卒以上ダミー	-0.087	0.154		0.917	-0.1	0.192		0.905
	非正規雇用ダミー	0.362	0.315		1.437	0.257	0.42		1.293
	管理職ダミー	-0.605	0.249	**	0.546	-0.91	0.323	***	0.402
	年収の対数	0.271	0.247		1.311	-0.066	0.327		0.936
	複数資格保有ダミー	0.156	0.162		1.169	0.209	0.183		1.233
	資格なしダミー	-0.691	0.19	***	0.501				
	新たに取得したい資格ありダミー	0.905	0.144	***	2.472	1.005	0.179	***	2.732
	動機付け要因スコア	-0.088	0.014	***	0.915	-0.091	0.018	***	0.913
	衛生要因スコア	-0.099	0.024	***	0.906	-0.116	0.03	***	0.89
	直近の法人の収入規模（億円）	0	0.002		1	0.002	0.003		1.002
	法人のやりがい・働き甲斐の醸成に関する取り組み個	0.169	0.085	**	1.185	0.198	0.111	*	1.219
	法人内部の処遇改善に関する取り組み個数	-0.03	0.068		0.97	-0.103	0.09		0.902
	地域の同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.179	0.219		1.196	0.124	0.268		1.132
	地域の同業者の平均給与との比較（非正規職員）	-0.043	0.226		0.958	-0.163	0.278		0.85
	地域の他同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.213	0.201		1.238	0.488	0.252	*	1.629
	地域の他同業者の平均給与との比較（非正規職員）	-0.433	0.191	**	0.648	-0.577	0.233	**	0.562
	資格手当支給ダミー	0.266	0.191		1.305	0.418	0.241	*	1.519
	（現在の職場での職種：事務職を基準）					（現在の職場での職種：福祉職を基準）			
	介護職ダミー	0.181	0.272		1.198	-0.115	0.209		0.892
	福祉職ダミー	0.159	0.242		1.173				
	看護職ダミー	0.843	0.399	**	2.323				
	医師・保健師ダミー	-0.253	0.66		0.777				
他業界転職・仕事やめる	切片	2.469	1.419	*		5.308	2.269	**	
	男性ダミー	0.07	0.158		1.072	0.009	0.229		1.009
	未婚ダミー	0.351	0.154	**	1.421	0.292	0.221		1.339
	年齢	-0.017	0.007	**	0.983	-0.009	0.011		0.991
	大卒以上ダミー	-0.063	0.157		0.939	-0.216	0.226		0.806
	非正規雇用ダミー	0.324	0.289		1.383	-0.516	0.491		0.597
	管理職ダミー	-0.023	0.237		0.977	-0.062	0.333		0.94
	年収の対数	0.07	0.22		1.072	-0.487	0.377		0.614
	複数資格保有ダミー	-0.323	0.186	*	0.724	-0.363	0.217	*	0.695
	資格なしダミー	0.197	0.178		1.218				
	新たに取得したい資格ありダミー	-0.128	0.158		0.88	0.045	0.215		1.046
	動機付け要因スコア	-0.087	0.014	***	0.917	-0.088	0.02	***	0.916
	衛生要因スコア	-0.102	0.024	***	0.903	-0.128	0.034	***	0.88
	直近の法人の収入規模（億円）	0.002	0.002		1.002	0.001	0.003		1.001
	法人のやりがい・働き甲斐の醸成に関する取り込み個	-0.045	0.083		0.956	-0.077	0.125		0.926
	法人内部の処遇改善に関する取り組み個数	0.142	0.069	**	1.152	0.252	0.104	**	1.286
	地域の同業者の平均給与との比較（正規職員）	-0.308	0.236		0.735	-0.497	0.326		0.608
	地域の同業者の平均給与との比較（非正規職員）	0.481	0.243	**	1.617	0.72	0.336	**	2.054
	地域の他同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.114	0.201		1.121	0.348	0.288		1.416
	地域の他同業者の平均給与との比較（非正規職員）	-0.544	0.197	***	0.58	-0.753	0.271	**	0.471
	資格手当支給ダミー	0.15	0.195		1.162	0.179	0.289		1.196
	（現在の職場での職種：事務職を基準）					（現在の職場での職種：福祉職を基準）			
	介護職ダミー	-0.405	0.255		0.667	-0.673	0.254	***	0.51
	福祉職ダミー	0.032	0.21		1.033				
	看護職ダミー	-0.895	0.538	*	0.409				
	医師・保健師ダミー	-0.695	0.702		0.499				
	Nagelkerke	0.309				0.313			
	標本数	1667				928			

注：*:p<0.1、**:p<0.05、***:p<0.01 をあらわす。

表 21　離転職の意向に関する多項ロジスティック分析結果（男女別）

		男性				女性			
		B	標準誤差		Exp(B)	B	標準誤差		Exp(B)
保健医療福祉業界転職希望	切片	1.231	3.006			2.238	1.956		
	未婚ダミー	0.804	0.256	***	2.234	0.086	0.2		1.089
	年齢	-0.014	0.014		0.986	-0.051	0.01	***	0.95
	大卒以上ダミー	-0.323	0.231		0.724	0.026	0.217		1.027
	非正規雇用ダミー	0.982	0.64		2.669	0.129	0.383		1.138
	管理職ダミー	-0.5	0.327		0.607	-0.864	0.443		0.422
	年収の対数	-0.038	0.489		0.962	0.308	0.305		1.361
	複数資格保有ダミー	0.341	0.251		1.407	0.002	0.22		1.002
	資格なしダミー	-1.15	0.314	***	0.317	-0.427	0.248	*	0.652
	新たに取得したい資格ありダミー	0.962	0.229	***	2.617	0.866	0.192	***	2.377
	動機付け要因スコア	-0.129	0.023	***	0.879	-0.069	0.018	***	0.933
	衛生要因スコア	-0.059	0.039		0.943	-0.126	0.031	***	0.882
	直近の法人の収入規模（億円）	-0.001	0.004		0.999	-0.001	0.003		0.999
	法人のやりがい・働き甲斐の醸成に関する取り組み個	-0.031	0.123		0.97	0.355	0.121	***	1.427
	法人内部の処遇改善に関する取り組み個数	0.074	0.102	*	1.077	-0.116	0.097		0.891
	地域の同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.079	0.33		1.082	0.425	0.313		1.53
	地域の同業者の平均給与との比較（非正規職員）	0.551	0.326	*	1.735	-0.613	0.328	*	0.542
	地域の他同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.471	0.293		1.601	-0.015	0.296		0.985
	地域の他同業者の平均給与との比較（非正規職員）	-0.873	0.29	***	0.418	-0.091	0.276		0.913
	資格手当支給ダミー	0.51	0.294	*	1.665	0.179	0.27		1.196
	(現在の職場での職種：事務職を基準)								
	介護職ダミー	0.091	0.412		1.095	0.401	0.386		1.494
	福祉職ダミー	0.37	0.355		1.448	0.21	0.35		1.233
	看護職ダミー	0.63	1.159		1.878	1.01	0.477	**	2.747
	医師・保健師ダミー	0.217	0.958		1.243	-0.415	0.919		0.66
他業界転職・仕事やめる	切片	8.135	2.779	***		0.3	1.901		
	未婚ダミー	0.288	0.273		1.334	0.082	0.203		1.086
	年齢	-0.008	0.013		0.992	-0.025	0.009	***	0.975
	大卒以上ダミー	0.017	0.237		1.018	-0.141	0.227		0.869
	非正規雇用ダミー	0.849	0.567		2.338	0.273	0.365		1.314
	管理職ダミー	0.412	0.329		1.509	-0.27	0.388		0.763
	年収の対数	-1.05	0.444	**	0.35	0.54	0.299	*	1.715
	複数資格保有ダミー	-0.588	0.298	**	0.555	-0.183	0.251		0.833
	資格なしダミー	-0.131	0.271		0.878	0.358	0.246		1.431
	新たに取得したい資格ありダミー	0.242	0.24		1.274	-0.38	0.222	*	0.684
	動機付け要因スコア	-0.134	0.024	***	0.875	-0.074	0.019	***	0.929
	衛生要因スコア	-0.051	0.041		0.95	-0.125	0.032	***	0.882
	直近の法人の収入規模（億円）	0.003	0.004		1.003	0	0.003		1
	法人のやりがい・働き甲斐の醸成に関する取り込み個	-0.167	0.126		0.846	0.089	0.117		1.093
	法人内部の処遇改善に関する取り組み個数	0.116	0.106		1.123	0.171	0.097	*	1.186
	地域の同業者の平均給与との比較（正規職員）	-0.266	0.365		0.766	-0.172	0.332		0.842
	地域の同業者の平均給与との比較（非正規職員）	0.929	0.363	**	2.532	-0.078	0.352		0.925
	地域の他同業者の平均給与との比較（正規職員）	0.301	0.287		1.351	0.064	0.3		1.066
	地域の他同業者の平均給与との比較（非正規職員）	-0.779	0.297	***	0.459	-0.268	0.287		0.765
	資格手当支給ダミー	0.049	0.304		1.051	0.42	0.279		1.521
	(現在の職場での職種：事務職を基準)								
	介護職ダミー	-0.437	0.389		0.646	-0.253	0.363		0.777
	福祉職ダミー	-0.124	0.317		0.884	0.211	0.305		1.235
	看護職ダミー	-19.317	0		4.08E-09	-0.729	0.584		0.482
	医師・保健師ダミー	-0.261	0.934		0.77	-1.054	1.142		0.349
	Nagelkerke	0.382				0.32			
	標本数	721				946			

注：*:p<0.1、**:p<0.05、***:p<0.01 をあらわす。

表 21 の結果をみると、性別は有意とはならず、未婚者はプラスの係数となり、未婚者は離転職意向が高いことが分かった。年齢はマイナスの係数で有意であるため、若い者ほど離転職の傾向が高い。これらは先行研究の結果とも一致する。一方、学歴や非正規ダミーは有意にはならなかった。管理職であることは、保健医療福祉業界への転職希望でマイナスの係数で有意となり、他業界への転職では係数はマイナスになったものの、有意にはならなかった。つまり、管理職従事者は、同業他社への転職は希望せず、現在の職場で勤務し続ける意向が高いことが明らかとなった。

資格の保有との関係性について見ると、複数の資格保有は保健医療福祉業界への転職意向には有意とはならず、他業界への離転職意向は 10%水準ではあるがマイナスの係数で有意となり、統計的な有意水準は低いが、複数の資格保有者は保健医療福祉業界外には離転職をしない傾向があることが確認された。反対に、資格を保有していないことは、保健医療福祉業界への転職意向のカテゴリーで、1%水準でマイナスの係数で有意となっており、他業種への離転職のカテゴリーでは統計的に有意とはならなかった。これは資格を保有していないことは、同業他社では評価されにくいことを労働者が自覚しており、現状維持として転職しないという選択をしている可能性がうかがえる。また、新たに資格を取得したいという意欲がある者は、先のクロス集計の結果でみたように、異業種ではなく、資格を活用できる同業他社への転職を希望していることが分かった。

労働者側から見た動機付け要因スコア、衛生要因スコアはどちらも1%水準で、いずれのカテゴリーでもマイナスの係数で有意となった。つまり、職場の満足度が高いほど、現在の職場にとどまる傾向があるという結果である。特に、労働条件などの衛生要因スコアの係数の絶対値は、保健医療福祉業界への転職を希望するカテゴリーよりも、他業界への転職・仕事をやめるという意向のカテゴリーの方が大きいということに着目すると、労働条件等の整備が遅れることは、保健医療福祉業界にとどまることよりも、より他業界に人材流出されやすいということを意味している。つまり、職場における労働条件への不満は、労働者からは業界固有の問題と認識されている可能性があり、他業界への転職がその受け皿となる可能性が高いことがうかがえ、この点については早急に政策的にも手当を対応する必要があるであろう。

法人内部との関連性について見ると、法人の収入規模はいずれのカテゴリーでも統計的に有意とはならず、一般的な労働経済学で言われる大企業志向は確認されなかった。法人の取り組みについては、仕事のやりがい・働き甲斐の取り組み個数が大きいほど、保健医療福祉業界に転職しやすい結果となり、法人の努力が引き留め策として効を奏していないことがわかる。この要因は、先述したように、労働者は取り組みの個数よりもその内容を評価しており、法人の努力と労働者の評価が合致していない可能性が考えられる。これについては、他業種への転職を希望している者のカテゴリーでは、マイナスの係数となったが、統計的には有意とはならなかった。

また、処遇改善の取り組み個数については、保健医療福祉業界への転職のカテゴリーでマイナスの係数ではあったが、統計的に有意とはならず、他業種への転職・仕事をやめるカテゴリーでプラスの係数で有意となっており、結果として他業界への離転職につながりやすいという結果になった。給与水準の同業種、他業種との比較では、非正規労働者の待遇、とくに同業他社との比較が

マイナスの係数で統計的に有意となり、転職のコストが正規職員よりも相対的に小さい非正規労働者が、同業種よりも異業種との相対的な賃金水準を重視しており、離転職を判断していることが示唆された。この点については、人手不足や最低賃金の引き上げなどを背景に、他業種の非正規労働者の賃金水準がこれまで以上に上昇すると、ますます非正規労働者の確保が難しくなることを意味している。処遇改善加算などが政策的に実施されてきてはいるが、他業界と比較kした相対的な賃金水準を加味して行うべきであると思われる。なお、人件費資格手当の支給は、いずれのカテゴリーでも有意にならなかった。

最後に職種についてみると、看護職ダミーだけが有意となり、事務職を基準とすると、看護職は同業他社への転職をしやすいことが分かった。

介護福祉職の有資格者だけに限定した分析結果でも、大きな違いは見られなかった。職種について比較すると、介護職は福祉職に比べ、異業種に転職を希望しない傾向があることが確認された。しかし、この理由については本調査の結果では因果関係は把握できない限界がある。

続けて、表21から男女別に結果を比較しよう。表 21 の全体と有資格者の分析結果より、性別による分析結果のほうが、統計的に有意となった説明変数が異なる結果となった。例えば、資格を保有していないことは、保健医療福祉業界への転職を希望しないことに結びつきやすいことは男女ともに確認されたが、男性のみの分析結果では、1％水準で統計的に有意となり、男性は資格を保有していない場合、現在の職に止まる傾向があることが分かった。また、動機付け要因スコア、衛生要因スコアをみると、男性は動機付け要因スコアだけが保健医療福祉業界、他業種への転職を抑制する効果があるのに対し、女性は動機付け要因も衛生要因のどちらも転職抑制効果があることが分かった。このことは、男女ともに仕事の魅力を引き上げることが必要であるとともに、特に女性が多い業界において、ワークライフバランス施策などの労働条件の整備を急がなければならないことを意味している。

5. おわりに

本研究では、社会福祉法人に勤務する保健医療福祉職の就業者の離転職意向と資格取得との関係性、法人の人材確保や処遇改善取り組みとマッチングさせることで、同じ保健医療福祉業界にとどまる転職と、そうでない離転職との違いについて分析を行った。その結果、以下の点が明らかとなった。

①資格保有の効果は、資格保有が同じ業界内での転職に有利に働くという側面と、保有していないことが転職を抑制して現状維持を希望する効果の両方を持つことが分かった。新しい資格取得インセンティブは、資格非保有者よりも資格保有者の方が高く、全体的に業務の幅の広がりや専門性の向上などポジティブな理由で資格取得を希望していることが分かった。

②現在の職場の評価については、転職をしない者は、動機付け要因（仕事の内容、達成感など）、衛生要因（労働条件など）のどちらも評価が高い。保健医療福祉業界や他業種への転職者はこれが転職をしない者に比べかなり低く、とくに衛生要因に関する満足度が低い傾向にある。法人との取り組みとマッチングさせると、保健医療福祉業界への転職を希望する者が、法人の取り組み

を行っていることを評価しない者が多い傾向にあった。社会福祉法人は処遇改善などの取り組みの内容を点検し、より実質的に価値のある取り組みに再設計する必要があろう。

③多項ロジスティック分析の結果、管理職であること、資格がないことや現在の職場環境の評価が高いことは現在の職場に止まる効果が確認された一方で、賃金水準については非正規労働者の他業界も含めた賃金水準が離転職の意思決定に反映されていることも確認できた。また、男女で同一産業内での転職希望であるのか、そうでないのかの意向との関連項目は異なる結果となった。男性は資格を保有していないことは、同業種への転職よりも現在の職場にとどまるインセンティブを高める効果があり、複数の資格取得は異業種への転職を希望しないことの関連性が確認できた。男女ともに、仕事そのものや充実度を評価すると、その事業所にとどまる効果が強いことが確認出来た一方で、労働条件に関連する衛生要因の低評価が、女性に同業他社や異業種への転職を希望することと関連性が高いことが確認できた。女性が多い産業の特有事情を考慮すると、衛生要因の問題点の解消は急ぐ必要がある。

これまで、介護職を中心とする政府の処遇改善の取り組みは、過去の同業種との賃金水準との比較が重視されてきたが、最低賃金が上昇傾向にあるなか、他業種との賃金水準の競争も社会福祉法人は意識する必要があることが示唆された。しかし、介護報酬等は公定価格であるため、人件費上昇分をそれに転嫁するには、税・社会保険料の引き上げが不可欠であり、またその専門性やサービスの質の高さを国民に納得してもらう必要がある。

保健医療福祉職の国家資格は決して容易ではなく、多くの時間や労力を必要とする。専門性の引き上げには待遇等の評価だけでなく、その資格の社会的評価を上げる必要もある。資格取得要件の変更が実際の資格取得者のスキルにどのような影響を与えたのか検証が必要である。また、名称独占資格のあり方も含め、資格取得インセンティブの仕組みを検討する必要があろう。

参考文献

殷婷・川田恵介・ 許召元（2014）「介護労働者の賃金関数の推定 ―学歴プレミアムと資格プレミアム―」, 経済産業研究所“RIETI Discussion Paper”, Series 14-J-033, 2014 年 5 月.

小檜山希（2010）「介護職の仕事の満足度と離職意向 ―介護福祉士資格とサービス類型に注目して―」, 国立社会保障・人口問題研究所『季刊・社会保障研究 』Vol. 45 No. 4, pp.444-457.

吉田和夫・水野利英・車井浩子（2012）「介護労働の特性と介護労働者の離職意向」,『商大論集』第 63 巻 第3号,pp.203-225.

加藤善昌（2016）「介護労働者の離職を抑止する要因についての再考」, 姫路獨協大学『経済情報学研究』91, pp.1-15.

早坂 聡久（2022）結城康博編著『介護人材が集まる職場づくり―現場リーダーだからこそできる組織改革』ミネルヴァ書房、pp.65-85

原口俊道（1998）『モチベーションの研究〔増補版〕』高城書房

F・ハーズバーグ（1968）『仕事と人間性：動機づけ―衛生理論の新展開』東洋経済新報社

小寺 俊弘(2019)「平成 30 年度「介護人材」に関するアンケート調査の結果について」(独)福祉医療機構 Research Repor

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

保健医療福祉の複数資格取得の離職率 [1]

堀真奈美（東海大学健康学部教授）、駒村康平（慶應義塾大学経済学部教授）、
研究協力者　白石　憲一（群馬医療福祉大学教授）

1. はじめに

「令和 4 年版　厚生労働白書」によると、経済成長と労働参加が進むと仮定した場合の医療・福祉分野の就業者数は 974 万人と推計されている。一方で、医療・介護サービスの年齢別利用実績や人口構造の変化に基づいて推計した医療・福祉分野の就業者数は 1,070 万人が必要とされ、96 万人の不足が生まれることが予想されている。

こうしたミスマッチを解消するためにも、医療・福祉分野の職員の確保・定着は不可欠である。本節では、保健医療福祉に関する複数資格取得が離職に及ぼす効果を実証的に検証していくことを目的とする。さらに保健医療福祉に関する資格取得するうえでの課題について考察していく。

2. 方法

Ⅰ）複数資格取得とこれまでの離職回数の関係

複数資格取得とこれまでの離職回数の関係について分析を行う。具体的には、離職回数を従属変数、複数資格取得ダミー、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として分析を行う。推計方法は順序ロジットモデルで推計を行う。

複数資格取得ダミーは、介護福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、保育士、幼稚園教諭、管理栄養士、栄養士、看護師、保健師、助産師、医師、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、薬剤師、救命救急士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師を重複して保有している場合には 1 となるダミー変数を作成した。年齢ダミーは、20 歳代以下、30 歳代、40 歳代、50 歳代、60 歳代以上のダミー変数を作成した。大卒ダミーは最終学歴が大卒と大学院卒を 1 とするダミー変数を作成した。

Ⅱ）複数資格取得と転職意向の関係

複数資格取得と転職意向の関係について分析を行う。具体的には、将来他業界に転職をする意向を従属変数、複数資格取得ダミー、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として分析を行う。推計方法は順序ロジットモデルで推計を行う。

将来他業界に転職をする意向は、1 が「全くない」、2 が「あまりない」、3 が「少しある」、4 が「大いにある」、5 が「転職はせず、離職する」とした順序変数とする。そのため保健医療福祉業界に転職をする意向があっても、1 とする。

---

[1] 本研究は，令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（代表者：堀真奈美）」の一環として実施された。調査票情報提供にご協力頂いた関係者各位に深く御礼申し上げる。なお本稿の分析で示される数値は独自集計したものであり、公表されている数値と必ずしも一致しない。

3. 結果

Ⅰ）離職回数の実証分析結果

離職回数を従属変数とした場合の順序ロジットモデルによる推計結果は表 1 の通りである。複数資格取得ダミーの係数は負であるため、複数資格取得者は離職回数が有意に低いことが明らかとなっている。男性ダミーの係数は負のため、男性の方が離職回数が低い傾向にある。年齢別ダミーの係数から、若い者ほど離職回数が低い傾向にある。大卒ダミーの係数は負のため、大卒者の方が有意に離職回数が低い傾向にある。

表1. 複数資格取得と離職回数

複数資格取得ダミー	-0 .4032485*** (0 .1077381)
男性ダミー	-0 .2240618** (0.097682)
20 歳代以下ダミー	- 2.852477*** (0.1825182)
30 歳代ダミー	- 1.259177*** (0.1536896)
40 歳代ダミー	-0 .3998586*** (0.1387782)
50 歳代ダミー	0 .2142967 (0.1455726)
大卒ダミー	-0 .8538855*** (0.1025883)
対数尤度	-2840.5251
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

Ⅱ）転職意向の実証分析結果

将来他業界に転職をする意向を従属変数とした場合の順序ロジットモデルによる推計結果は表2の通りである。複数資格取得ダミーの係数は負であるため、複数資格取得者は他業界に転職意向が有意に低いことが明らかとなっている。男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーの係数は有意ではない。

表2. 複数資格取得と転職意向

複数資格取得ダミー	-0 .2402711** (0.1049055)
男性ダミー	0.0346461 (0.0913054)
20 歳代以下ダミー	0.1186806 (0.2301288)
30 歳代ダミー	- 0.0123955 (0 .2182471)
40 歳代ダミー	-0.0597442

	(0.2164676)
50 歳代ダミー	0.0163283 (0 .227686)
大卒ダミー	−0.1004305 (0.0926502)
対数尤度	−2348.7164
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

4. 考察

保健医療福祉に関する資格を重複して保有している場合、これまでの離職回数と将来の他業界に転職意向を下げる傾向が見られた。保健医療福祉に関する資格を複数取得することにより、処遇や働き方の変化に関する回答を表3で示す。「同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった」、「給与が上昇した」、「資格を活かすことができる部署・担当に異動した」を選択した者が多い。つまり処遇や働き方が改善されたことにより、仕事満足度が上がり、離職防止に繋がっていることが推察される。

表3. 複数資格取得と処遇や働き方の変化

	度数	相対度数
昇進・昇格した	7	2.03
他の専門職との連携がスムーズになった	13	3.78
雇用形態が転換した	0	0
給与が上昇した	53	15.41
資格を活かすことができる部署・担当に異動した	51	14.83
同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった	80	23.26
職場で表彰された	5	1.45
周囲からの評価が高まった	38	11.05
転職した	41	11.92
独立・開業した	2	0.58
職場外のネットワークが広がった	41	11.92
その他	13	3.78

一方で、資格を新たに取得するうえでの課題に関する回答を表 4 で示す。「仕事と家庭との両立が難しい」、「仕事が忙しく勉強する時間がない」、「資格を取得しても給与が上がらない」を選択したものが多い。保健医療福祉に関する資格取得を促進するためには、仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実や保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当が必要であると考える。

表4. 資格を新たに取得するうえでの課題

	度数	相対度数
学校・養成施設の学費と教材費等のお金がかかる	23	3.99
学校・養成施設を卒業するまでに時間がかかる	27	4.68
近くに適当な学校・養成施設がない	11	1.91

学校・養成施設の入学試験の難易度が高い	0	0
資格取得の難易度が高い	31	5.37
学校・養成施設の実習のために仕事を休む必要がある	18	3.12
仕事が忙しく勉強する時間がない	124	21.49
仕事と家庭との両立が難しい	154	26.69
資格を取得しても活かせる仕事があるかわからない	11	1.91
資格を取得しても給与が上がらない	80	13.86
資格取得に対する職場の支援が少ない	35	6.07
家族や周囲の理解・協力が少ない	13	2.25
資格を取得しても自分の業務が増えるだけで、メリットが少ない	33	5.72
資格取得に対して、同量から好意的に思われない	5	0.87
その他	12	2.08

表 5 は法人に対する調査で、従業員の保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当についての回答結果である。資格数に比例して増える資格手当が存在するのは、20%に満たず、少数派である。

表5. 保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当

	度数	相対度数
どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	56	10.85
どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつあっても変わらない	106	20.54
資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	42	8.14
資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	82	15.89
資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない	77	14.92
資格の種類によって俸給表が異なるため、資格手当はない	45	8.72
その他	108	20.93

5. 結論

保健医療福祉に関する資格を重複して保有することは離職防止に効果的であり、資格取得を促進するための施策が求められる。そのためには、仕事と家庭を両立するための休業制度の充実や、資格保有数に応じた資格手当が必要と考える。

参考文献

厚生労働省,2022,『令和 4 年版　厚生労働白書』.

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

福祉人材のタイプと複数資格取得・離職行動 [1]

堀真奈美（東海大学健康学部教授）、駒村康平（慶應義塾大学経済学部教授）、
研究協力者　白石　憲一（群馬医療福祉大学教授）

1. はじめに

本節では福祉人材のタイプが複数資格取得と離職行動にどのような影響を及ぼすか実証的に明らかにしていく。福祉人材のタイプとして、理想的と考える姿とモチベーション型・インセンティブ型を用いる。理想的と考える姿とは、「1 つの専門性を含めて特定領域の課題を解決する人材」を「0」、「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を「10」とする 11 段階の順序変量で表現している。モチベーション型とは資格を複数取得した理由として、職種の転換、業務の幅を広げる、知識・技能の向上、他の専門職との連携、知的好奇心を選択した者を 1 とするダミー変数で表現している。インセンティブ型とは、資格を複数取得した理由として、雇用形態の転換（非正規から正規）、昇進・昇給、給与上昇、将来の転職を選択した者を 1 とするダミー変数で表現している。

2. 方法

Ⅰ）福祉人材のタイプと複数資格取得

福祉人材のタイプと複数資格取得との関係を分析する。複数資格取得を従属変数、福祉人材タイプ、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として分析を行う。推計方法はロジットモデルで推計を行う。

福祉人材タイプは、理想的と考える姿とモチベーション型・インセンティブ型を用いる。複数資格取得ダミーは、介護福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、保育士、幼稚園教諭、管理栄養士、栄養士、看護師、保健師、助産師、医師、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、薬剤師、救命救急士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師を重複して保有している場合には 1 となるダミー変数を作成した。年齢ダミーは、20 歳代以下、30 歳代、40 歳代、50 歳代、60 歳代以上のダミー変数を作成した。大卒ダミーは最終学歴が大卒と大学院卒を 1 とするダミー変数を作成した。

Ⅱ）福祉人材のタイプと離職行動

福祉人材のタイプと離職行動の関係について分析を行う。これまでの離職回数と将来転職をする意向を従属変数、福祉人材のタイプ、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として分析を行う。福祉人材タイプは、理想的と考える姿とモチベーション型・インセンティブ型を用いる。推計方法は順序ロジットモデルで推計を行う。将来転職をする意向は、1 が「全くない」、2 が「あまりない」、3 が「少しある」、4 が「大いにある」、5 が「転職はせず、離職する」とした順序変数とする。

---

[1] 本研究は，令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（代表者：堀真奈美）」の一環として実施された。調査票情報提供にご協力頂いた関係者各位に深く御礼申し上げる。なお本稿の分析で示される数値は独自集計したものであり、公表されている数値と必ずしも一致しない。

3. 結果

Ⅰ)福祉人材のタイプと複数資格取得行動の関係

複数資格取得ダミーを従属変数、理想的と考える姿、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、ロジットモデルによる推計結果は表 1 の通りである。理想的と考える姿の係数が正で有意なため、「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を理想的とする姿と考える者ほど、複数資格取得する傾向がみられる。同様に大卒者と 50 歳代までの年長者ほど複数資格を取得する傾向にある。

表1. 理想的と考える姿と複数資格取得行動

理想的と考える姿	0 .090539 *** (0 .0267445)
男性ダミー	-0 .028458 (0 .1261938)
20 歳代以下ダミー	-1.026253 *** (0 .2830711)
30 歳代ダミー	-.1528131 (0 .2382181)
40 歳代ダミー	0 .5785194 *** (0 .2200888)
50 歳代ダミー	0 .659227*** (0 .2324035)
大卒ダミー	0 .5480413 *** (0 .1315568)
対数尤度	-918.44332
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

複数資格取得ダミーを従属変数、モチベーション型、インセンティブ型、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、ロジットモデルによる推計結果は表 2 の通りである。モチベーション型、インセンティブ型の係数が正で有意なため、複数資格取得の動機がモチベーションであっても、インセンティブであっても、複数資格取得する傾向がみられる。同様に大卒者と 50 歳代まで年長者ほど複数資格を取得する傾向にある。

表 2. モチベーション型・インセンティブ型と複数資格取得行動

モチベーション型	2.915871 *** (0.1789659)
インセンティブ型	2.98772*** (0.2517435)
男性ダミー	-0 .1076587 (0.1469105)
20 歳代以下ダミー	-0.5671034* (0.3123655)
30 歳代ダミー	0.2178215 (0.2654855)

40 歳代ダミー	0.7565507 *** (0.245653)
50 歳代ダミー	1.043152 *** (0.2591039)
大卒ダミー	0.4459214 *** (0 .1506633)
対数尤度	-713.78815
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

Ⅱ）福祉人材のタイプと離職・転職行動

これまでの離職回数を従属変数、理想的と考える姿、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、順序ロジットモデルによる推計結果は表 3 の通りである。表 3 の分析結果から、理想的と考える姿の係数は有意ではない。男性ダミーの係数は負のため、男性の方が離職回数が低い傾向にある。年齢別ダミーの係数から、若い者ほど離職回数が低い傾向にある。大卒ダミーの係数は負のため、大卒者の方が有意に離職回数が低い傾向にある。

表 3. 理想的と考える姿と離職回数

理想的と考える姿	0.0229131 (0.0207659)
男性ダミー	-0 .2221445** (0 .0976712)
20 歳代以下ダミー	-2.796878*** (0 .1806722)
30 歳代ダミー	-1.240068*** (0 .1528582)
40 歳代ダミー	-0 .4399707*** (0 .1395328)
50 歳代ダミー	0 .1655389 (0 .1448471)
大卒ダミー	-0 .8991528*** (0 .1033804)
対数尤度	-2846.9821
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

これまでの離職回数を従属変数、モチベーション型、インセンティブ型、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、順序ロジットモデルによる推計結果は表 4 の通りである。表 4 の分析結果から、モチベーション型の係数は負で有意であるが、インセンティブ型の係数は有意ではない。男性ダミーの係数は負のため、男性の方が離職回数が低い傾向にある。年齢別ダミーの係数から、若い者ほど離職回数が低い傾向にある。大卒ダミー

の係数は負のため、大卒者の方が有意に離職回数が低い傾向にある。

表 4. モチベーション型・インセンティブ型と離職回数

モチベーション型	-0.3331584** (0.1329798)
インセンティブ型	0.0290065 (0.1990407)
男性ダミー	-0.2402334 ** (0.0979512)
20 歳代以下ダミー	-2.831407 *** (0.1822397)
30 歳代ダミー	-1.262766 *** (0.1536348)
40 歳代ダミー	-0.4297952 *** (0.1387024)
50 歳代ダミー	0.1672747 (0.1441536)
大卒ダミー	-0.8661761 *** (0.1024434)
対数尤度	-2844.5989
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

次に将来他業界に転職をする意向を従属変数、理想的と考える姿、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、順序ロジットモデルによる推計結果は表 5 の通りである。表 5 の分析結果から、理想的と考える姿の係数は有意ではない。男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーの係数も有意ではない。

表 5. 理想的と考える姿と転職意向

理想的と考える姿	-0.0236211 (0.020061)
男性ダミー	0 .0321307 (0.0913528)
20 歳代以下ダミー	0 .1593822 (0.2292461)
30 歳代ダミー	-0.0030206 (0.2169496)
40 歳代ダミー	-0.075011 (0.2147284)
50 歳代ダミー	-0 .0036764 (0 .225585)
大卒ダミー	-0 .1137357 (0.0923987)

対数尤度	−2350.5508
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

次に将来他業界に転職をする意向を従属変数、モチベーション型、インセンティブ型、男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーを独立変数として、順序ロジットモデルによる推計結果は表 6 の通りである。表 6 の分析結果から、モチベーション型の係数は負で有意である。男性ダミー、年齢ダミー、大卒ダミーの係数は有意ではない。

表 6. モチベーション型・インセンティブ型と転職意向

モチベーション型	−0.225098* (0.1337116)
インセンティブ型	−0.0532214 (0.1803032)
男性ダミー	0.0275478 (0.0919809)
20 歳代以下ダミー	0.1242983 (0.2298589)
30 歳代ダミー	−0.0218508 (0.2173598)
40 歳代ダミー	−0.0829689 (0.2146169)
50 歳代ダミー	−0.0154325 (0.226057)
大卒ダミー	−0.1069551 (0.0928355)
対数尤度	−2349.9127
観測数	1,840

注: 有意水準: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
括弧内の数値は、頑健な標準誤差を示す

4. 結論

「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を理想的とする姿と考える者ほど、複数資格を取得する傾向がみられる。また複数資格取得の動機がモチベーションであっても、インセンティブであっても、複数資格を取得する傾向がみられる。さらに複数資格取得の動機がモチベーション型の者は、これまでの離職回数も将来の他業界への転職意向も低い傾向がみられる。

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

保健医療福祉の複数資格取得および医療福祉業界内の転職と賃金の関係性 [1]

堀真奈美（東海大学健康学部教授）、駒村康平（慶應義塾大学経済学部教授）、山田篤裕（慶応義塾大学経済学部教授）

1. はじめに

本稿の問題意識と深い関連を持つ、「訓練と賃金」の関係についての実証研究をサーヴェイした古典的文献、Abowd and Kramarz (1999)によれば訓練に伴う高い賃金は、部分的には企業固有の報酬体系であり、また部分的には観測されない労働者の異質性によるものである、と結論付けている。たとえば彼らによって紹介されている研究の一つ、Goux and Maurin (1997)では、最小二乗法による推計だと訓練は 6%賃金を上昇させるが、法人固有の効果を統御すると訓練の効果は 3%未満となり、さらに労働者が訓練に参加することの選択バイアスを統御すると訓練の効果は消失するという。資格も訓練も同じく人的資本蓄積を促進するのであれば [2]、「資格と賃金」に関しても、法人と個人の両方のレベルでの異質性を統御することが、資格取得の効果を検討するにあたって重要であるかを示唆している。

ただし、予め本稿で用いたデータの限界を 2 点述べれば、第一にパネル調査ではないため、仕事や資格取得に対する意欲や福祉人材としての資質など異時点間で変化が無い個人固有の異質性を十分統御しきれていない可能性がある。第二に回収率が、法人調査ベースで 7%、法人・従業員マッチングデータベースで 3%と低いことである [3]。一般的な郵送留置調査でも 20%以上であることを考慮すると、この回収率の低さが推計結果にどのようなバイアスを生み出しているか未知である。

このように個人の異質性が十分統御されておらず、また回収率の低さもあり、本稿の分析から直接的な政策インプリケーションを引き出すことは不適切である。本稿の結果はあくまで一つのパイロット・スタディーあるいは一試論として捉えるべきである。

そのようなパイロット・スタディーあるいは一試論であることを留保条件として、本稿の暫定的な結果を先に述

---

[1] 本研究は，令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（代表者：堀真奈美）」の一環として実施された。調査票情報提供にご協力頂いた関係者各位に深く御礼申し上げる。なお本稿の分析で示される数値は本稿のため欠損値処理をした上、独自集計したものであり、他報告で公表されている数値と必ずしも一致しない。

[2] 労働経済学ではこの点について、高等教育や資格が、従業員をスクリーニングする、たんなる指標として、より高い賃金を支払う雇用主に利用されており、その結果、高等教育卒業者や資格保有者が高賃金を獲得する（スクリーニング仮説）のか、あるいは高等教育や資格勉強が人的資本蓄積につながり労働者の生産性向上により高賃金を獲得する（人的資本仮説）のか、議論されてきた。いくつかの研究では生産性を高めているという実証結果が示されている。

[3] 調査対象となった 7908 法人中、法人調査に回答したのは 516 法人（6.5%）であり、その中さらに従業員調査に協力しても良いと回答した法人かつ実際に一人でも調査協力した従業員がいた法人は 232 法人（2.9%）であった。

べれば、以下の 5 点になる。

第一に、子ども関係以外の福祉職（高齢者関係、障害者関係、その他）、介護職においても保育士資格を有している従事者が 4～9％存在する。また最初の資格が保育士である場合も、18%が介護福祉士資格を、10%が幼稚園教諭資格を、7%が介護支援専門員資格を、同じく 7%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得しており、複数資格を活かし、子ども関係以外の福祉職や介護職で活躍している保育士が存在している。

第二に、最初の保有資格が社会福祉士や保育士である場合、転職回数が 1 回多いと社会福祉士は 6%、保育士は 5%賃金率が高い。また最初の保有資格が介護福祉士や社会福祉士である場合、前職が医療福祉業界内でその経験年数が 1 年長いと、介護福祉士の場合に賃金率は 2%、社会福祉士の場合に賃金率は 6%高い。とくに社会福祉士は同じ医療福祉業界内で転職を繰り返しながら、賃金率を高めている可能性がある。

第三に、現在就いている職種まで統御すれば、最初の資格が介護福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 5%、社会福祉士資格を追加取得している場合 10%賃金率が高い。また最初の資格が社会福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 23%賃金率は高い一方、幼稚園教諭の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）は逆に－63%賃金率は低い。また最初の資格が保育士である場合、精神保健福祉士の資格を追加取得した場合（ただし 2 サンプルのみ）66%賃金率は高い一方、公認心理士の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）、－68%賃金率は低い。

第四に 45%の法人はそもそも資格手当がない。また資格数と比例して資格手当額が高くなるのは全体の 19%に過ぎない。手当額といった観点から複数資格取得は賃金率を高める要素となっていない可能性がある。働きながら新たに資格取得するには、金銭と時間の両面で大きな制約があることが従業員の自由記述欄（保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見）からもうかがえ、コストに見合う賃金率上昇がないのであれば、複数資格取得のインセンティブはそもそも乏しいものと考えられる。

第五に、同記述欄では、そうしたコストを引き下げる方法として、学生時代における複数資格取得者の養成促進、資格横断的な共通科目編成、仕事と両立させるためオンデマンド通信制授業・夜間授業・職場での講習・授業、同時取得の際の実習の共通化、等の提案がなされていた。

2. データ分析

(1) 複数資格に関するクロス集計

資格が賃金に及ぼす影響を確認する準備として、まず分析対象サンプルがどのような資格を保有しているかを確認する。表 1 は保有資格がない者、単数・複数資格者を含む全サンプルの中、その他資格を入れた 32 資格の保有率を示している。

表 1:資格保有率

まず保有資格が 1 つもない者は全体の 30%を占めている。

次に保有率が多い資格に注目すると、介護福祉士 37%、社会福祉士と介護支援専門員が各々15%、保育士が 14%、幼稚園教諭が 10%、訪問介護員が 8%、の順になっている。

分析のために一定程度のサンプルサイズを確保する観点から、以下の分析では介護福祉士、訪問介護員、

社会福祉士、保育士、幼稚園教諭の 5 資格保有者の複数資格保有に焦点を当てる。以下ではこれらを「分析対象 5 資格」と略記する。なお、介護支援専門員については一定程度のサンプルサイズを確保できるが、以下で述べるように 2 つめ以降の保有資格として取得されることが少なくないため、複数資格取得の一選択肢として扱うことにする。

表 2 は最初に取得した資格別に、2 番目以降に取得した保有資格を見ている。なお、保育士と幼稚園教諭のように最初に同時取得した資格があるサンプルについては、保育士の列と幼稚園教諭の列の 2 箇所で重複集計している。

表 2:最初に取得した資格と 2 番目以降に取得した資格との関係(保有者数の多い資格のみ)

2 番目以降に取得した比率が 5%以上の資格に注目する。

最初の資格が介護福祉士である場合、26%が介護支援専門員資格を、9%が社会福祉士資格を 2 番目の資格として取得している。最初の資格が訪問介護員である場合、44%が介護福祉士資格を、26%が介護支援専門員資格を、15%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得している。最初の資格が社会福祉である場合、23%が介護福祉士資格を、24%が介護支援専門員資格を、10%が精神保健福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得している。最初の資格が保育士である場合、18%が介護福祉士資格を、10%が幼稚園教諭資格を、7%が介護支援専門員資格を、同じく 7%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得している。最初の資格が幼稚園教諭の場合、15%が介護福祉士資格を、6%が介護支援専門員資格を、同じく 6%が訪問介護員資格を、5%が社会福祉士資格を、7%が保育士資格を 2 番目以降の資格として取得している。

保育士や幼稚園教諭資格保有者の中で一定割合が、保育以外の福祉資格を 2 番目以降の資格として取得していることが確認できる。

保有資格が全くない調査対象者を含む全サンプルの平均資格保有数は 1.2 である。表 3 は分析対象 5 資格(介護福祉士、訪問介護員、社会福祉士、保育士、幼稚園教諭)の平均保有資格数をみたものである。ここでは最初に取得した資格であるかどうかを問わず、その資格を保有していた場合の平均保有資格数を見ているため、例えば介護福祉士、訪問介護員、社会福祉士の 3 つの資格を持つ場合、各資格で重複カウントしている。

表 3:平均保有資格数と最大保有資格数(保有者数の多い資格のみ)

分析対象 5 資格を保有している場合、平均保有資格数は介護福祉士で 1.9、保育士で 2.3、訪問介護員、社会福祉士、幼稚園教諭はいずれも 2.4 となっている。また最大値がいずれも 7 で揃っているのは、同時に取得した資格がない限り、資格の最大回答値は 7 となるためである。

表 4 は職種(介護職、高齢者関係福祉職、子ども関係福祉職、障害者関係福祉職、その他福祉職、看護職、医療職、保健職、事務職)別に、分析対象 5 資格の保有者がどのように分布しているかを占めしている。たとえば、介護職の従事者の中、介護福祉士資格を有しているのは 69%、訪問介護員資格を有しているのは 10%、保育士の資格を有しているのは 6%である。

表 4:保有資格の分布(職種別)

子ども関係福祉職の従事者の中、保育士資格を有しているのは 60%と最も多い。しかし、子ども関係以外の福祉職（高齢者関係、障害者関係、その他）、介護職においても保育士資格を有している従事者が 4～9%存在する。表 2 でも見たように、最初の資格が保育士である場合も、18%が介護福祉士資格を、10%が幼稚園教諭資格を、7%が介護支援専門員資格を、同じく 7%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得しており、複数資格を活かし、子ども関係以外の福祉職や介護職で活躍している保育士が存在していることが分かる。

(2) 賃金関数の推計

こうした複数資格は賃金を引き上げているのか。それを確認するため、性別、学歴、現職と前職の勤続年数、転職状況、などを統御した上で、2 番目以降に取得した資格の効果を賃金関数によって検証した結果が表 5 である。賃金関数は分析対象 5 資格毎に推計している。被説明変数は、労働時間・労働日数と年収に基づき算出した時間当たり賃金率（自然対数）である。

また報酬体系が都道府県あるいは法人毎に異なることを想定し、都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果（high dimensional fixed effect）を含む回帰モデルで推計している。括弧内で示されている標準誤差は、法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。説明変数に年齢を含んでいないが、これは経験年数として、前職と現職の勤続年数を用いており、経験年数＝年齢－教育年数－6 という 1 次の関係式の下では、推計上、年齢、教育年数、経験年数という 3 つの変数の中、いずれかの 2 変数のみ説明変数として意味をなすためである（中馬 1995）。

基準となるカテゴリー、男性、高校卒、転職未経験者、正規雇用者である。また表 5 および表 6 の推計式で用いた変数に関する記述統計は附表 1 として本稿末に示した。

表 5: 賃金関数 A の推定（最初に取得した資格別）

法人・従業員マッチングデータベースでみると、回収率は 3%であり、統計的な有意水準を 5%に設定することには議論の余地があるかもしれない。とはいえ以下の分析では、汎用されている基準である 5%で統計的に有意かどうかを判断する。

表 5 の読み方であるが、最初に取得した資格が同一である分析対象者間で、賃金率が高い、あるいは低い変数の相関を示している。たとえば女性であることは、最初に取得した資格が介護福祉士である場合、11%も賃金率が男性と比較して低い。一方、他の 4 資格（訪問介護員、社会福祉士、保育士、幼稚園教諭）では、こうした賃金率の男女差は有意ではない。

また、同一法人での勤続が 1 年長いと、介護福祉士で 2%、保育士と幼稚園教諭で各々3%賃金率が統計的に有意で高い。しかし、最初に取得した資格が訪問介護員、社会福祉士である場合、勤続年数が伸びると賃金率が高くなるという相関は、統計的に有意ではない。

転職回数が多い場合、賃金率が高く、統計的に有意であるのは最初の保有資格が社会福祉士と保育士であった場合である。転職回数が 1 回多いと社会福祉士は 6%、保育士は 5%賃金率が高い。他の 3 資格保有者については、転職回数は統計的に有意ではなかった。

他業界からの転職については、最初の保有資格が介護福祉士であった場合、統計的に有意で 8%賃金率が高い。他の 4 資格保有者については、他業界からの転職について有意ではなかった。

前職の経験年数は、前職が医療福祉業界内であった場合、かつ最初の保有資格が介護福祉士あるいは社会福祉士である場合、統計的に有意で賃金率と正の相関がある。前職が業界内でその経験年数が 1 年長いと、介護福祉士の場合に賃金率は 2%、社会福祉士の場合に賃金率は 6%高い。

一方、有資格者であっても、非正規雇用である場合に賃金率は大幅に低い。

複数資格取得した場合の効果については、追加的に取得した資格により、賃金率が高い場合と、低い場合のどちらも見出された。

最初の資格が介護福祉士であり、追加的に介護支援専門員を取得している場合に 7%、社会福祉士を取得している場合に 11%、賃金率は高い。一方、追加的に精神保健福祉士を取得している場合に－15%、作業療法士を取得している場合に－36%賃金率は低い。ただし、この作業療法士取得者に該当するのは 1 サンプルのみである。

最初の資格が訪問介護員であり、追加的に精神保健福祉士を取得している場合に 151%、賃金率は高い。ただし、この精神保健福祉士取得者に該当するのは 1 サンプルのみである。

最初の資格が社会福祉士であり、賃金率が相対的に高くなる、統計的に有意な追加取得資格はない。一方で、追加的に幼稚園教諭資格を取得している場合に－62%賃金率は低い。ただし、この幼稚園教諭資格取得者に該当するのは 1 サンプルのみである。

最初の資格が保育士であり、追加的に精神保健福祉士を取得している場合に 64%、賃金率は高い。一方で、追加的に公認心理士を取得している場合に－65%賃金率は低い。ただし、この精神保健福祉士取得者および公認心理士に該当するのは各々2 サンプルと 1 サンプルのみである。

最初の資格が幼稚園教諭である場合、賃金率に影響を与えるような統計的に有意な追加取得資格はなかった。

賃金率への資格の効果には、就いている職種による効果が混ざっている可能性もある。その可能性を検討するため、現在就いている職種（介護職、高齢者関係福祉職、子ども関係福祉職、障害者関係福祉職、その他福祉職、看護職、医療職、事務職）に関するダミー変数を表 5 の推計式にさらに加えた結果が表 6 である。

表 6:賃金関数 B の推定（最初に取得した資格別）

職種と資格以外の変数については、表 5 の結果とほぼ同じであるので、表 6 については主に職種と資格に関するダミー変数に注目する。

最初の資格が介護福祉士である場合、現在、高齢者・子ども・障害者以外のその他の福祉職に就いている場合に 47%、看護職の場合に 21%、介護職である場合と比較して賃金率は高い。また追加的に公認心理士資格を取得した場合の係数は統計的に有意でなくなっている。

最初の資格が訪問介護員である場合、現在、障害者関係の福祉職である場合に 23%、介護職である場合と比較して賃金率は高い。また追加的に精神保健福祉士資格を取得した場合の係数は統計的に有意でなくなっている。したがって訪問介護員である場合、追加的に取得した資格はどれも統計的に有意でない。

最初の資格が社会福祉士である場合、どの職種でも、介護職である場合と比較して賃金率に統計的に有意な差はない。一方で、追加的に介護支援専門員を取得した場合の係数が有意となり、23%賃金率は高い。

最初の資格が保育士である場合、高齢者・子ども・障害者以外のその他の福祉職に就いている場合には、34%賃金率は低くなる。精神保健福祉士の資格を追加取得していると賃金率は高く、公認心理士の資格を追

加取得していると賃金率は低い点は、職種を統御しても変わらない。

最初の資格が幼稚園教諭である場合、職種を統御してもいずれも介護職であった場合と統計的に有意な差はなく、賃金率に影響を与えるような、統計的に有意な追加取得資格はないことも変わらない。

(3) 法人データからみた資格保有に関する報酬体系

そもそも資格保有によって賃金率が上がる報酬体系になっているのか。

それを確認するため、法人データのみを用いて、運営している事業別に資格手当の状況の構成比について示したのが表 6 である。なお運営している事業が、たとえば介護保険と老人保健の 2 事業である場合、当該法人は介護保険の列と、老人保健の列で重複集計されている。

表 7:法人ベースでみた資格手当の状況(運営事業別、%)

全体で資格手当がある法人は 55%を占めている。逆にいえば、45%の法人は資格手当がない。運営事業別にみても最も高い介護保険および老人保健で 58%は資格手当があるが、逆に 42%は資格手当がない。最も低い児童福祉では資格手当がある法人とない法人はちょうど半々である。さらに複数資格手当がある場合、比例して資格手当額が高くなるのは全体で 19%である。最も高い介護保険で 19%、最も低いのは児童福祉の 13%である。生活保護も 13%であるが、13 法人しかないことに留意する必要がある。

3. おわりに

本稿では法人・従業員マッチングデータに基づき、報酬体系が都道府県あるいは法人毎に異なることを想定し、都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果(high dimensional fixed effect)を含む回帰モデルに基づき、複数資格取得が賃金率を引き上げているかどうか検証した。分析のため一定程度のサンプルサイズを確保する観点から、本稿では最初に取得した資格が、介護福祉士、訪問介護員、社会福祉士、保育士、幼稚園教諭の 5 資格であるサンプルに限定した。

その結果、主に 4 点のことが明らかになった。

第一に、子ども関係以外の福祉職(高齢者関係、障害者関係、その他)、介護職においても保育士資格を有している従事者が 4〜9%存在する。また最初の資格が保育士である場合も、18%が介護福祉士資格を、10%が幼稚園教諭資格を、7%が介護支援専門員資格を、同じく 7%が社会福祉士資格を 2 番目以降の資格として取得しており、複数資格を活かし、子ども関係以外の福祉職や介護職で活躍している保育士が存在している。

第二に、最初の保有資格が社会福祉士や保育士である場合、転職回数が 1 回多いと社会福祉士は 6%、保育士は 5%賃金率が高い。また最初の保有資格が介護福祉士や社会福祉士である場合、前職が医療福祉業界内でその経験年数が 1 年長いと、介護福祉士の場合に賃金率は 2%、社会福祉士の場合に賃金率は 6%高い。こうしたことから、とくに社会福祉士は同じ医療福祉業界内で転職を繰り返しながら、賃金率を高めている可能性がある。

第三に、現在就いている職種まで統御すれば、最初の資格が介護福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 5%、社会福祉士資格を追加取得している場合 10%賃金率が高い。また最初の資格が社会福祉士である場合、介護支援専門員の資格を追加取得している場合 23%賃金率は高い一方、幼

稚園教諭の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）は逆に－63％賃金率は低い。また最初の資格が保育士である場合、精神保健福祉士の資格を追加取得した場合（ただし 2 サンプルのみ）66％賃金率は高い一方、公認心理士の資格を追加取得している場合（ただし 1 サンプルのみ）、－68％賃金率は低い。

第四に、45％の法人にはそもそも資格手当がない。また資格数に比例して資格手当額が高くなるのは全体で 19％に過ぎない。手当額といった観点から複数資格取得は賃金率を高める要素となっていない可能性がある。実際、働きながら新たに資格取得するためには、金銭と時間の両面で大きな制約があることが自由記述欄（保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見）からもうかがえ（付表 2 参照）、コストに見合う賃金率上昇がないのであれば、複数資格取得へのインセンティブは乏しいものと考えられる。

第五に、同記述欄（付表 2 参照）では、そうしたコストを引き下げる方法として、学生時代における複数資格取得者の養成促進、資格横断的な共通科目編成、仕事と両立させるためオンデマンド通信制授業・夜間授業・職場での講習・授業、同時取得の際の実習の共通化、等の提案がなされていた。

なお本稿の留保を述べれば 2 点のデータ制約がある。第一にパネル調査ではないため、仕事や資格取得に対する意欲や福祉人材としての資質など異時点間で変化が無い個人固有の異質性を十分統御しきれていない可能性がある。第二に回収率が、法人調査ベースで 7%、法人・従業員マッチングデータベースで 3%と低いことである 。一般的な郵送留置調査でも 20%以上であることを考慮すると、この回収率の低さが推計結果にどのようなバイアスを生み出しているか未知である。

このように個人の異質性が十分統御されておらず、また回収率の低さもあり、本稿の分析から直接的な政策インプリケーションを引き出すことは不適切である。本稿の結果はあくまで一つのパイロット・スタディーあるいは一試論の位置づけとして捉えるべきである。

参考文献

Abowd, John, and Francis Kramarz, 1999, “The Analysis of Labor Markets using Matched Employer-Employee Data,” Ashenfelter, Orley, and David Card (eds.), *Handbook of Labor Economics*, Elsevier Science.

中馬宏之（1995）『労働経済学』新世社。

Goux, Dominique and Eric Maurin, 1997, “Train or Pay: Does it Reduce Inequalities to Encourage Firms to Train Their Workers,” *INSEE Working Paper*, No. G9703 bis.

表 1:資格保有率(N=1831)

資格名	保有率	保有人数
資格無し	30.8%	564
01 "介護福祉士"	36.8%	673
02 "介護支援専門員"	15.0%	274
03 "訪問介護員"	7.5%	137
04 "社会福祉士"	14.9%	272
05 "精神保健福祉士"	4.0%	73
06 "公認心理師"	1.3%	23
07 "保育士"	14.1%	258
08 "幼稚園教諭"	9.9%	182
09 "管理栄養士"	1.6%	30
10 "栄養士"	1.8%	33
11 "看護師"	4.1%	75
12 "保健師"	0.5%	10
13 "助産師"	0.1%	1
14 "医師"	0.3%	6
15 "歯科医師"	0.1%	1
16 "歯科衛生士"	0.3%	5
17 "歯科技工士"	0.0%	0
18 "薬剤師"	0.1%	1
19 "救命救急士"	0.1%	1
20 "臨床検査技師"	0.1%	1
21 "診療放射線技師"	0.0%	0
22 "臨床工学技士"	0.1%	2
23 "理学療法士"	0.9%	16
24 "作業療法士"	0.3%	6
25 "言語聴覚士"	0.2%	4
26 "視能訓練士"	0.0%	0
27 "義肢装具士"	0.0%	0
28 "あん摩マッサージ指圧師"	0.1%	1
29 "はり師"	0.0%	0
30 "きゅう師"	0.0%	0
31 "柔道整復師"	0.2%	4
32 "その他"	6.4%	118

出典:筆者ら計算。

注:N=1831

表 2:最初に取得した資格と 2 番目以降に取得した資格との関係(保有者数の多い資格のみ)

2番目以降に取得した資格	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
01 "介護福祉士"		44%	23%	18%	15%
02 "介護支援専門員"	26%	26%	24%	7%	6%
03 "訪問介護員"	2%		2%	4%	6%
04 "社会福祉士"	9%	15%		7%	5%
05 "精神保健福祉士"	2%	4%	10%	1%	1%
06 "公認心理師"	2%	1%	2%	1%	1%
07 "保育士"	1%	4%	4%		7%
08 "幼稚園教諭"	1%	0%	1%	10%	
09 "管理栄養士"	0%	2%	0%	0%	0%
10 "栄養士"	0%	0%	0%	0%	0%
11 "看護師"	0%	1%	1%	0%	0%
32 "その他"	3%	11%	2%	8%	7%
N	525	102	176	230	157

出典:筆者ら計算。

表 3:平均保有資格数と最大保有資格数(保有者数の多い資格のみ)

資格名	保有資格数		
	N	平均	最大
01 "介護福祉士"	673	1.9	7
03 "訪問介護員"	137	2.4	7
04 "社会福祉士"	272	2.4	7
07 "保育士"	258	2.3	7
08 "幼稚園教諭"	182	2.4	7

出典:筆者ら計算。

表 4:保有資格の分布(職種別)

資格名	職種								
	介護職	福祉職				看護職	医療職	保健職	事務職(管理職を含む)
		高齢者関係	子ども関係	障害者関係	その他				
01 "介護福祉士"	69%	68%	5%	32%	14%	3%	0%	0%	29%
03 "訪問介護員"	10%	17%	3%	7%	2%	3%	3%	0%	5%
04 "社会福祉士"	4%	30%	8%	22%	7%	0%	3%	100%	19%
07 "保育士"	6%	4%	60%	6%	9%	0%	0%	0%	6%
08 "幼稚園教諭"	3%	2%	49%	3%	7%	0%	0%	0%	3%
N	402	166	286	539	43	69	29	1	296

出典:筆者ら計算。

表 5:賃金関数 A の推定(最初に取得した資格別)

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
女性	-0.109**	-0.057	-0.057	-0.100	-0.027
	(0.026)	(0.079)	(0.055)	(0.078)	(0.089)
中学	-0.031	-0.142			
	(0.070)	(0.086)			
高専	0.094+	-0.029		-0.670*	
	(0.055)	(0.151)		(0.259)	
専門学校	0.002	-0.234	-0.030	-0.142	0.050
	(0.032)	(0.181)	(0.092)	(0.203)	(0.201)
短期大学	0.019	0.014	0.060	-0.100	0.139
	(0.047)	(0.166)	(0.069)	(0.195)	(0.163)
大学	0.052+	0.094		-0.077	0.173
	(0.028)	(0.082)		(0.184)	(0.170)
大学院	0.041			0.291	0.197
	(0.126)			(0.307)	(0.197)
その他		0.021			
		(0.198)			
勤続年数	0.018**	0.041	0.009	0.034*	0.034*
	(0.006)	(0.025)	(0.014)	(0.012)	(0.015)
勤続年数二乗	-0.000	-0.001	0.000	-0.000	-0.000
	(0.000)	(0.001)	(0.001)	(0.000)	(0.000)
転職回数	0.006	-0.021	0.062*	0.048*	-0.005
	(0.010)	(0.030)	(0.028)	(0.017)	(0.025)
業界内転職	0.010	0.040	-0.209	-0.086	0.118+
	(0.044)	(0.135)	(0.149)	(0.079)	(0.057)
他業界からの転職	0.084*	0.190	0.151	-0.073	0.103
	(0.039)	(0.136)	(0.137)	(0.112)	(0.133)
前職経験年数	-0.012*	-0.002	-0.032	0.006+	-0.002
	(0.005)	(0.007)	(0.024)	(0.003)	(0.018)
前職経験年数×業界内転職	0.017**	0.024+	0.056*	0.011	0.015
	(0.005)	(0.011)	(0.022)	(0.009)	(0.020)
有期非正規雇用	-0.518**	-0.736**		-0.327**	-0.395**
	(0.057)	(0.145)		(0.051)	(0.095)
無期非正規雇用	-0.569**	-0.503*	-0.415*	-0.254**	-0.308**
	(0.043)	(0.172)	(0.148)	(0.045)	(0.060)

出典:筆者ら推計。

注:** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1。括弧内は法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果(high dimensional fixed effect)を含む回帰モデルで推計。括弧内で示されている標準誤差は、法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。基準となるカテゴリーは、男性、高校卒、転職未経験者、正規雇用者、追加的資格取得無し、である。各変数に関する記述統計は付表 1 として本稿末に示している。

表 5:賃金関数 A の推定(最初に取得した資格別) つづき

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
01 "介護福祉士"		0.131	-0.024	-0.125+	-0.186+
		(0.097)	(0.042)	(0.071)	(0.088)
02 "介護支援専門員"	0.067*	0.075	0.131+	-0.045	0.352
	(0.025)	(0.124)	(0.064)	(0.129)	(0.270)
03 "訪問介護員"	0.070		0.182	-0.408	-0.356
	(0.061)		(0.211)	(0.269)	(0.279)
04 "社会福祉士"	0.107*	-0.031		-0.130	-0.322+
	(0.042)	(0.127)		(0.078)	(0.170)
05 "精神保健福祉士"	0.152	1.516**	0.038	0.639**	
	(0.104)	(0.442)	(0.033)	(0.067)	
06 "公認心理師"	-0.148*		0.029	-0.646*	0.066
	(0.065)		(0.023)	(0.264)	(0.071)
07 "保育士"	0.053	-0.340	0.123		-0.026
	(0.130)	(0.303)	(0.079)		(0.135)
08 "幼稚園教諭"	-0.143		-0.618**	-0.049	
	(0.174)		(0.073)	(0.043)	
11 "看護師"	-0.139				
	(0.095)				
23 "理学療法士"	-0.036				
	(0.027)				
24 "作業療法士"	-0.362**				
	(0.054)				
32 "その他"	-0.109	-0.164	-0.264**	0.083	0.087
	(0.097)	(0.099)	(0.021)	(0.054)	(0.081)
定数項	7.288**	7.084**	7.353**	7.261**	6.935**
	(0.057)	(0.176)	(0.042)	(0.193)	(0.256)
自由度修正済R2	0.427	0.535	0.212	0.427	0.428
クラスター数	37	11	17	19	15
N	398	60	128	174	123

出典:筆者ら推計。

注:** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1。括弧内は法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果(high dimensional fixed effect)を含む回帰モデルで推計。括弧内で示されている標準誤差は、法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。基準となるカテゴリーは、男性、高校卒、転職未経験者、追加的資格取得無し、正規雇用者である。各変数に関する記述統計は付表 1 として本稿末に示している。

表 6:賃金関数 B の推定(最初に取得した資格別)

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
女性	-0.110**	-0.054	-0.035	-0.087	-0.018
	(0.026)	(0.043)	(0.061)	(0.082)	(0.093)
中学	-0.007	-0.204+			
	(0.078)	(0.098)			
高専	0.119*	-0.127		-0.365	
	(0.054)	(0.220)		(0.352)	
専門学校	0.012	-0.477*	0.036	-0.162	0.037
	(0.031)	(0.205)	(0.098)	(0.217)	(0.195)
短期大学	0.039	-0.002	0.147	-0.128	0.143
	(0.046)	(0.153)	(0.167)	(0.209)	(0.160)
大学	0.067*	-0.045		-0.110	0.180
	(0.029)	(0.153)		(0.203)	(0.169)
大学院	0.055			0.278	0.189
	(0.116)			(0.349)	(0.194)
その他		-0.145			
		(0.246)			
勤続年数	0.016**	0.056*	0.014	0.033*	0.035*
	(0.005)	(0.020)	(0.012)	(0.013)	(0.015)
勤続年数二乗	-0.000	-0.002*	-0.000	-0.000	-0.000
	(0.000)	(0.001)	(0.001)	(0.000)	(0.000)
転職回数	0.010	-0.041	0.036	0.050*	-0.002
	(0.009)	(0.028)	(0.034)	(0.019)	(0.025)
業界内転職	-0.017	0.103	-0.178	-0.080	0.114+
	(0.047)	(0.136)	(0.170)	(0.081)	(0.057)
他業界からの転職	0.073+	0.196	0.081	-0.067	0.101
	(0.039)	(0.140)	(0.148)	(0.087)	(0.137)
前職経験年数	-0.011*	0.003	-0.021	0.005	-0.004
	(0.005)	(0.011)	(0.023)	(0.004)	(0.020)
前職経験年数×業界内転職	0.018**	0.013	0.045*	0.012	0.016
	(0.005)	(0.016)	(0.019)	(0.008)	(0.021)
有期非正規雇用	-0.511**	-0.722**		-0.337**	-0.400**
	(0.057)	(0.145)		(0.048)	(0.096)
無期非正規雇用	-0.548**	-0.486**	-0.628**	-0.258**	-0.312**
	(0.047)	(0.102)	(0.188)	(0.052)	(0.063)

出典:筆者ら推計。

注:** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1。括弧内は法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。都道府県と法人毎の固定効果を考慮した高次の固定効果(high dimensional fixed effect)を含む回帰モデルで推計。括弧内で示されている標準誤差は、法人単位のクラスターに頑健な標準誤差である。基準となるカテゴリーは、男性、高校卒、転職未経験者、追加的資格取得無し、正規雇用者、介護職である。各変数に関する記述統計は付表 1 として本稿末に示している。

表 6:賃金関数 B の推定(最初に取得した資格別) つづき

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
01 "介護福祉士"		0.108	-0.015	-0.107	-0.252+
		(0.133)	(0.037)	(0.101)	(0.122)
02 "介護支援専門員"	0.051*	-0.054	0.233**	-0.159	0.229
	(0.024)	(0.060)	(0.072)	(0.127)	(0.254)
03 "訪問介護員"	0.069		0.087	-0.421	-0.354
	(0.064)		(0.117)	(0.258)	(0.277)
04 "社会福祉士"	0.099*	0.096		-0.148+	-0.324+
	(0.046)	(0.133)		(0.083)	(0.173)
05 "精神保健福祉士"	0.159	1.096+	0.025	0.658**	
	(0.097)	(0.518)	(0.043)	(0.100)	
06 "公認心理師"	-0.113		0.041	-0.680*	-0.118
	(0.073)		(0.024)	(0.286)	(0.113)
07 "保育士"	0.035	-0.452	0.070		-0.036
	(0.156)	(0.289)	(0.111)		(0.137)
08 "幼稚園教諭"	-0.121		-0.634**	-0.061	
	(0.204)		(0.125)	(0.048)	
11 "看護師"	-0.241+				
	(0.138)				
23 "理学療法士"	-0.043				
	(0.040)				
24 "作業療法士"	-0.354**				
	(0.084)				
32 "その他"	-0.109	-0.019	-0.279**	0.083	0.093
	(0.096)	(0.113)	(0.031)	(0.054)	(0.083)
福祉職(高齢者関係)	0.068	0.490+	-0.143	-0.644	
	(0.042)	(0.224)	(0.187)	(0.399)	
福祉職(子ども関係)	0.143	-0.036	-0.180	-0.038	-0.177+
	(0.104)	(0.320)	(0.142)	(0.131)	(0.100)
福祉職(障害者関係)	-0.003	0.226*	0.054	-0.069	-0.058
	(0.025)	(0.075)	(0.108)	(0.137)	(0.068)
福祉職(その他)	0.473**		-0.151	-0.341*	
	(0.104)		(0.139)	(0.133)	
看護職	0.212*				
	(0.093)				
医療職			0.149		
			(0.124)		
事務職(管理職を含む)	0.067	0.387+	0.240	-0.062	-0.142
	(0.042)	(0.202)	(0.226)	(0.266)	(0.090)
定数項	7.274**	7.012**	7.333**	7.334**	7.099**
	(0.058)	(0.124)	(0.088)	(0.196)	(0.246)
自由度修正済R2	0.439	0.600	0.228	0.415	0.409
クラスター数	37	11	17	19	15
N	398	60	128	174	123

出典:筆者ら推計。

表 7:法人ベースでみた資格手当の状況(運営事業別、%)

	全体	介護保険	老人保健	生活保護	児童福祉	医療	保育	障害福祉	その他
①どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	11	13	11	6	5	9	9	9	13
②どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	21	25	28	0	17	33	19	18	22
③資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	8	6	5	6	8	2	6	10	5
④資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わ	16	14	14	19	20	9	18	20	16
⑤資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない	15	9	12	31	13	4	15	13	10
⑥資格の種類によって俸給表が異なるため、資格手当はない	9	8	5	6	11	9	11	8	8
⑦その他	21	25	25	31	25	35	22	22	27
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100
資格手当有(①+②+③+④)	55	58	58	31	50	52	52	57	55
比例的資格手当有(①+③)	19	19	15	13	13	11	15	19	18
N	516	325	130	16	119	46	171	246	130

出典:筆者ら集計。

付表 1:賃金関数推定サンプルの記述統計

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
賃金率（ln）	7.457	7.292	7.470	7.251	7.225
	(0.307)	(0.469)	(0.271)	(0.376)	(0.384)
女性	0.445	0.600	0.492	0.787	0.821
	(0.498)	(0.494)	(0.502)	(0.410)	(0.385)
中学	0.0176	0.0667			
	(0.132)	(0.252)			
高校	0.239	0.283			
	(0.427)	(0.454)			
高専	0.0101	0.0333		0.00575	
	(0.0999)	(0.181)		(0.0758)	
専門学校	0.329	0.133	0.0156	0.172	0.0976
	(0.470)	(0.343)	(0.125)	(0.379)	(0.298)
短期大学	0.0729	0.0667	0.0156	0.529	0.634
	(0.260)	(0.252)	(0.125)	(0.501)	(0.484)
大学	0.322	0.400		0.264	0.244
	(0.468)	(0.494)		(0.442)	(0.431)
大学院	0.0101			0.0172	0.00813
	(0.0999)			(0.131)	(0.0902)
その他		0.0167			
		(0.129)			
勤続年数	11.99	9.867	8.984	8.040	8.146
	(7.319)	(7.347)	(7.295)	(7.679)	(8.593)
勤続年数二乗	197.2	150.4	133.5	123.3	139.6
	(212.5)	(171.7)	(177.3)	(231.9)	(292.3)
転職回数	0.407	0.333	0.703	0.471	0.480
	(0.492)	(0.475)	(0.459)	(0.501)	(0.502)
業界内転職	0.342	0.367	0.219	0.408	0.390
	(0.475)	(0.486)	(0.415)	(0.493)	(0.490)
他業界からの転職	0.251	0.300	0.0781	0.121	0.130
	(0.434)	(0.462)	(0.269)	(0.327)	(0.338)
前職経験年数	2.809	3.200	1.258	2.799	2.496
	(3.677)	(4.697)	(2.829)	(4.256)	(3.838)
前職経験年数×業界内転職	1.631	1.333	0.992	2.224	2.049
	(3.025)	(3.012)	(2.669)	(3.926)	(3.759)
正規雇用	0.940	0.833	0.992	0.810	0.805
	(0.238)	(0.376)	(0.0884)	(0.393)	(0.398)
有期非正規雇用	0.0327	0.100		0.138	0.130
	(0.178)	(0.303)		(0.346)	(0.338)
無期非正規雇用	0.0276	0.0667	0.00781	0.0517	0.0650
	(0.164)	(0.252)	(0.0884)	(0.222)	(0.248)

付表 1:賃金関数推定用サンプルの記述統計(つづき)

	最初に取得した資格				
	01 "介護福祉士"	03 "訪問介護員"	04 "社会福祉士"	07 "保育士"	08 "幼稚園教諭"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
01 "介護福祉士"		0.467	0.273	0.155	0.106
		(0.503)	(0.447)	(0.363)	(0.309)
02 "介護支援専門員"	0.241	0.183	0.172	0.0345	0.0325
	(0.428)	(0.390)	(0.379)	(0.183)	(0.178)
03 "訪問介護員"	0.0302		0.0234	0.0230	0.0407
	(0.171)		(0.152)	(0.150)	(0.198)
04 "社会福祉士"	0.0930	0.117		0.0575	0.0325
	(0.291)	(0.324)		(0.233)	(0.178)
05 "精神保健福祉士"	0.0201	0.0167	0.219	0.0115	
	(0.141)	(0.129)	(0.415)	(0.107)	
06 "公認心理師"	0.0176		0.0156	0.00575	0.00813
	(0.132)		(0.125)	(0.0758)	(0.0902)
07 "保育士"	0.0201	0.0333	0.0625		0.967
	(0.141)	(0.181)	(0.243)		(0.178)
08 "幼稚園教諭"	0.00503		0.00781	0.753	
	(0.0708)		(0.0884)	(0.433)	
11 "看護師"	0.00503				
	(0.0708)				
23 "理学療法士"	0.00251				
	(0.0501)				
24 "作業療法士"	0.00251				
	(0.0501)				
32 "その他"	0.0402	0.100	0.0391	0.0747	0.0732
	(0.197)	(0.303)	(0.195)	(0.264)	(0.261)
介護職	0.472	0.367	0.0703	0.0575	0.0488
	(0.500)	(0.486)	(0.257)	(0.233)	(0.216)
福祉職(高齢者関係)	0.128	0.167	0.133	0.00575	
	(0.335)	(0.376)	(0.341)	(0.0758)	
福祉職(子ども関係)	0.00503	0.0167	0.0703	0.759	0.837
	(0.0708)	(0.129)	(0.257)	(0.429)	(0.371)
福祉職(障害者関係)	0.281	0.400	0.617	0.138	0.0813
	(0.450)	(0.494)	(0.488)	(0.346)	(0.274)
福祉職(その他)	0.0101		0.00781	0.0115	
	(0.0999)		(0.0884)	(0.107)	
看護職	0.00503				
	(0.0708)				
医療職			0.00781		
			(0.0884)		
事務職(管理職を含む)	0.0980	0.0500	0.0938	0.0287	0.0244
	(0.298)	(0.220)	(0.293)	(0.168)	(0.155)
N	398	60	128	174	123

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

A. 介護福祉士

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
1	男	51	25	前職なし	事務職（管理職を含む）	3	国や県からの補助金制度をつくり、職員の資格取得のための教育費を軽減させる。介護福祉士の国家試験の受験資格を得るための実務者研修の期間を3ヵ月程度に短縮する。また、実務経験3年の期間を2年に短縮する。
2	女	47	3	前職他業界	福祉職（高齢者関係）	3	勤務の調整や休日の取りやすさがあると働きながら勉強しやすいのではないか。また可能であれば実習などは出勤となると更にやる気になるのではないでしょうか。
3	男	49	26	前職なし	福祉職（高齢者関係）	2	受講料支援、助成等があればありがたい。
4	男	38	6	前職他業界	介護職	1	給与が決して高くないのに対して資格取得や維持にお金がかかり過ぎている。他の資格を取りたくても生活に余裕がないので、試験を合格して支援を受けれる仕組みがあればいいと思う。
5	女	49	29	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	施設見学や新任研修、スキルアップの研修をとりいれる
6	女	46	15	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	処遇改善手当は法人内での取り決めがあり資格があり年数が10年以上働いていても、半年で、3万円程度しか貰えない仕組みになっている。そこに関しては不満です。管理職の方が優先的に配当金が多いのはどうしてでしょうか？もう少し、年数等も考慮して、現場職員へ還元して欲しいです。|現場職員あっての事業が出来るのでは？と思います。
7	女	59	9	前職保健医療福祉	介護職	1	勤務中に学校に通える配慮。
8	男	46	7	前職他業界	介護職	1	補助金支給
9	男	73	9	前職他業界	介護職	1	施設内で同じ目標を持つ人達が参加しやすいクラブを作り時間場所講師の世話をする。
10	男	45	22	前職なし	介護職	2	時間が取りにくく、学費も高いのに給料は安い。|また、資格がなくても働けるので、資格に対しての思いが低い。資格の有り無しでの給料はそれほど変わらないので魅力が低い
11	女	44	7	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	2	学歴での資格取得制限
12	女	52	8	前職他業界	介護職	1	働きながら勉強するのは大変です。職場でのバックアップは欠かせません。時間や費用も配慮していく必要があると思います。
13	男	50	22	前職他業界	事務職（管理職を含む）	2	そもそもの給与水準が低い。複数資格を取得しなくても安定できる給与（介護保険の公定価）の引き上げが必要。|複数資格を持っても未来が描けなければ意味がない。|モチベーションが上がる給与を示してほしい！|
14	男	36	10	前職他業界	介護職	1	お金と時間が一番大きな障害なのでそこを解消できればと思うのですが、具体的な仕組みのアイデアまでは思いつきません。
15	男	27	5	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	学費負担の軽減、実現に向けて福祉専門職員の養成施設に行政からの手厚い財政支援が必要だと考えます。
16	女	59	5	前職保健医療福祉	看護職	1	仕事と家庭、介護を続けるなら|通信制で学ぶ。|
17	男	44	14	前職保健医療福祉	事務職（管理職を含む）	4	オンデマンド配信は有効な手段のひとつだと思います。|仕事や家庭を持つと、学習のためにまとまった時間を確保することは難しく、日常生活の中で短い隙間時間をつなぎ合わせて学習することになります。日曜祝日や夜中なども活用するため、自分の都合でいつでもかつ繰り返し学習できる方法として、オンデマンド配信は有効であると思います。
18	女	43	10	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	新しくできた資格に対して、専門的なことを学んでいても受験資格から外れていることもあり、受験したいと思う資格に対してハードルが高いと感じる資格もある。|カリキュラムとして組み込むかなで、資格取得に係わる必須科目の中でも重複する科目があればまとめてしまうことで、複数取得を目指しやすくすなるのではないかと思われ、また受験資格の幅を広げられると良いのではないかと感じる。|
19	男	42	15	前職他業界	福祉職（障害者関係）	5	勉強の仕方さえわかれば福祉関連の資格は誰でも受かると思っている。効率的な勉強方法を伝えることが一番の近くではないか。
20	男	50	20	前職他業界	福祉職（障害者関係）	2	手当の充実。
21	男	36	13	前職なし	事務職（管理職を含む）	2	・社会人になってから資格取得するためへの金銭的援助。（例：通信制費用負担、ケアマネ研修負担など）|・資格保有者の人数に応じて法人に対して加算を行う。（法人が資格取得を推進すると思う）

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

A.介護福祉士(つづき)

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
22	男	45	25	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	福祉業界の多くの現場は忙しい上に、お金がない。職場でも休みを多く取得できる環境もなく、資金援助もできないことが多い。|そうなると仕事をしながら取得するには、自己責任の自学自習で取得する必要があるのと、通うことは困難で、必然的に通信制の養成校や、自宅での学習をしやすくするための教材・授業等を多く提供することができれば良いのかなと思います。
23	女	61	1	前職保健医療福祉	介護職	2	受講料の補助
24	男	45	5	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	2	職場からの働きがけを多くした方がいい
25	女	48	15	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	2	働きながらでも学べるワークバランスを整えること。
26	女	54	9	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	3	職場の推奨や金額の負担があれば取得する人は増えると思う。職場に奨励の補助金などの給付があるといい。
27	男	49	7	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	3	資格取得や研修のために費用、時間がかかり資格取得を躊躇する。保健福祉医療現場は身体的、精神的にも過酷な職場が少なくないと思う。資格取得から職場の全面的なバックアップがほしい。
28	男	60	13	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	今は特に思い浮かびません
29	男	36	17	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	福祉専門職としての地位と活用存在の価値が高まってほしいと願う。
30	女	27	5	前職なし	介護職	2	学費の免除
31	男	34	10	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	資格手当（毎月）を必須とする。給与水準を上げる。
32	女	44	22	前職保健医療福祉	介護職	2	将来資格取得する際に必要な科目を就学中に履修できていたら免除される科目が沢山あれば良いと思います。働きながら資格を取るのは大変です。時間とお金がかかるとなかなか資格をとれる機会を作るのが難しいです。特に、子育てをしながら働いているひとは。|あと、その資格をどのように生かせるのか、分かり易くなっているといいと思います。|
33	男	37	12	前職保健医療福祉	介護職	1	資格の種類と、その資格を取ることのメリットが知ることで資格取得へのとっかかりになりやすいと思います。
34	男	35	13	前職なし	福祉職（障害者関係）	3	仕事の魅力を伝える
35	男	49	24	前職なし	事務職（管理職を含む）	3	仕事を継続しながら、参集はなくオンラインや課題提出で資格取得できる仕組み|
36	男	39	19	前職なし	福祉職（高齢者関係）	2	資格取得のための補助金拡充|通信教育やオンライン授業による、スクリーニング必要数の削減
37	女	23	1	前職保健医療福祉	介護職	1	介護、看護だけでなくその他の職種の方との関わりを増やす。いろいろな場面で携わってる職種の方々から学ぶ機会を得る
38	女	45	10	前職他業界	介護職	2	介護職に関する資格では基礎となる部分は、同じだと思うので有資格者であれば特定の学科免除や、保持している資格によって資格取得に関する費用が減額になる仕組みがあると負担も減る。|
39	男	51	21	前職保健医療福祉	介護職	1	講習会を出張扱いで行けるようにしてはどうか？
40	男	36	10	前職保健医療福祉	介護職	1	その資格を取得することでのメリットについて知る機会作りを設ける。
41	女	40	6	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	2	資格取得の費用助成制度を充実させてほしい。社協やハローワークなどでそうのような仕組みがあってもよいと思う。
42	男	42	20	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	福祉系学校卒の人が多く働くようになってきている時代でもあり、実務経験での受験資格の幅を拡げられればそれぞれ目標を持って働きながら学べるのではないでしょうか。
43	女	53	10	前職保健医療福祉	介護職	1	資格を取得するための時間を設けてほしい。仕事をしながらの資格所得は難しいし、人員が減った状態での業務をしていくことになるため、他の職員の負担をかけてしまう。規定で定められた人員数があるのでしょうが、取得を取るためには余裕な人員数の確保が欲しい。それと取得を得るための補助金が欲しい。|
44	女	49	25	前職なし	事務職（管理職を含む）	4	複数資格を取得した場合のキャリアパスモデルがあるとよい。|複数取得して活躍されている人（ロールモデルとなり得る人）の紹介。|金銭面的な補助があるとよい。

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

A.介護福祉士(つづき)

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
45	男	44	14	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	2	・費用を抑える（助成制度の拡充。家計が圧迫されるので高いと挑戦し難い）。　・卒業までの期間の延長制度（ワークライフに合わせ、選択ができれば良い。できれば無料か低額だと助かります）。　・資格により携わることができる仕事の紹介や進路相談（現場の声が聞ける機会を増やす。「直接」「動画」「チラシ」などを使う。学校、養成施設などの在学中にあると、チェーンで資格取得への意欲に繋がるかもしれません）　|・（少しズレるかもしれませんが）在学中、勉学に集中する為に、仕事を休んでも給料の保障がされるのであれば、勉強時間の確保が容易になり、短期間で集中し資格が取得しやすくなるかも。　・（少しズレますが）資格保有に比例し給料が上がれば複数取得しようと思います（現在の所属法人は違うので…。法人からは資格取得を促されますが、教材費、受験費は自腹。費用がかかり家計を圧迫するだけで、メリットが無い）。
46	男	48	18	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	金銭負担の軽減が必要だと思います。
47	女	41	14	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	金銭的な補助と保有資格と重複している様な部分については資格取得の際の試験の項目から除外するなどの仕組み。その年度に試験に落ちても何年か以内なら、成績が良かった項目の試験は免除する、など。
48	男	41	20	前職なし	事務職（管理職を含む）	1	勉学の為の休職などしやすい環境
49	男	35	13	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	時間・費用の縮小、短期間で知識・技術を習得できるプログラム、オンライン受講（オンデマンド配信活用）
50	男	39	6	前職他業界	介護職	1	職場が費用を負担してくれて通いやすくする
51	男	40	9	前職他業界	福祉職（障害者関係）	1	社会福祉士取得に実務経験やスクーリングはあってもよいかもしれないが、大学に通う必要性はない。癒着があるのではと考えてしまう。また、合格点が低いため、資格の価値も下がっていると感じる。
52	男	45	10	前職他業界	事務職（管理職を含む）	1	福祉に関してですが、業務内容と給料との釣り合いがとれていないと身をもって感じるので、改善するべき。給料が上がれば、離職率は下がり、入職率は上がる。人手不足が解消され、働き手に時間の余裕とお金の余裕が生まれ、資格取得への意欲が増す。
53	女	48	7	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	仕事と両立できるスケジュール|金銭的負担の軽減|
54	男	51	20	前職他業界	介護職	3	複数資格取得後の金銭面、やりがいなど具体的なメリットを伝える。また、就職先の斡旋。|関連する別資格の取得者については、新たに資格を取得する際に必要な受験資格を得る為に必要な実習期間の短縮できると社会人は取得しやすくなる。また、費用の軽減の仕組み。|
55	男	43	20	前職他業界	介護職	2	学校に行かずとも、試験に合格すれば取得できるような資格を増やす。あんまマッサージ師など。
56	男	48	18	前職他業界	福祉職（障害者関係）	3	実習期間の短縮。
57	男	35	14	前職なし	福祉職（障害者関係）	2	複数の資格を持っていることで給与が上がらないと誰も取りたがらない。実際に福祉の現場で働いていると何のために資格を取る必要があるのか？と感じます。
58	男	49	1	前職保健医療福祉	事務職（管理職を含む）	4	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士を名称独占から業務独占に改訂する。
59	男	37	14	前職なし	介護職	2	現場の福利厚生を充実させ、資格獲得に対するメリットを持たせる。
60	男	55	23	前職他業界	事務職（管理職を含む）	3	手当の充実

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

B.訪問介護員

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
61	女	26	3	前職保健医療福祉	介護職	2	資格取得を簡素化してほしい。介護福祉士を受験する場合、初任者研修・実務者研修を受けないと受けられない。仕事をしながらの受講は、かなり負担である。職場からは資格を取れとの圧力かけられるが、資格手当もない。国から、法人は資格手当を絶対的に給与に含めなければならないようにしてほしい。資格を取るメリットが無ければ、取ろうと思う人は増えないと思う。
62	男	51	5	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	4	現在の制度では大卒もしくは指定校で専門単位を取ってからの受験勉強となりますが、|単位取得を簡易にはできないでしょうか。|
63	男	45	15	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	6	受講費や研修費の補助があると助かります。フォローアップ研修などもあると良いと思います。
64	男	65	40	前職なし	事務職（管理職を含む）	1	基本給および資格手当のＵＰ
65	男	47	15	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	3	勤務経験が単位等に振り替えられる。|学費の援助。|勤務先への人的保証などの負担軽減。
66	男	44	21	前職なし	介護職	3	資格取得のための勉強会や資格取得補助金等あればありがたい。
67	女	39	5	前職他業界	福祉職（障害者関係）	3	低額な料金
68	男	51	28	前職なし	事務職（管理職を含む）	3	働きながら通えるシステムや実習制度、通信教育など
69	女	60	10	前職保健医療福祉	看護職	2	養成を考えるのであれば、実際に実務をしながら、職種が自分に合っているかを判断することが必要。学校や実習だけでは把握出来ない部分があるので。
70	男	41	20	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	それぞれの資格についての役割や責務、報酬や各施設においての必要人数等、具体的に伝える。複数資格取得者（目指す者）がこれを参考にして各々の価値観や生活環境に応じて随時選択できる事（自身のキャリアマネジメントを行う）を指導する。
71	女	33	0	前職他業界	介護職	1	お金と時間をどうにかしなければ無理だと思います。|施設の人員不足は職務に合った賃金の設定が必要だと思います。|資格取得に必要な研修の時間すらとれません。
72	男	38	14	前職他業界	介護職	2	資格取得時にある程度勉学に集中できる環境整備⇒職場の一定数以上の人材（人員数）の確保⇒人員数を確保できるだけの給与を提供できる財源（法人や株式会社に関わらず、現在の制度内で確保できる財源、利益によらない）⇒資格取得後に得られる業務の質、給与（昇給、昇格等の明確な指針）等のメリットがより示せる等|||
73	女	55	11	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	4	補助金など活用できるとよい|
74	女	30	8	前職なし	福祉職（子ども関係）	4	通信教育で資格取得を考えたとき、やはりネックになるのは実習やスクーリングです。|正社員、特に立場が上になればなるほど仕事を休んで実習やスクーリングに行ったり、勉強の時間を確保することが難しくなります。|また、法人は資格取得を勧めますが、取得したからと言って給与や待遇が変わったり、金銭的な補助をしてもらえるわけではないので|資格取得へのモチベーションを維持すること、取得に踏み切ることができないです。|学びたくても、給料も上がらず、手当も増えず、補助もでなければ、なかなか踏み出せない…というのが本心です。|
75	男	57	10	前職保健医療福祉	事務職（管理職を含む）	1	福祉系（介護福祉士、社会福祉士など）の有資格者が医療系（看護師、療法士など）の資格を取りやすくする仕組みがあればよいと思う。|公認心理師の資格について、経過措置（実務経験で受験可能）を継続したほうがよいと思う。
76	女	49	7	前職他業界	福祉職（障害者関係）	2	法人から取得補助を出してほしい。また、資格手当を明確に支給してほしい。

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

C.社会福祉士

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
77	男	25	3	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	受験資格を取る為の養成学校に入学する費用の負担。課題をする時間とスクーリングの日などは出勤扱いにするなどの配慮が欲しい。
78	女	51	7	前職他業界	福祉職（その他）	1	資格取得には相当のお金と時間がかかります。経験年数が無いと取得できない資格も多いです。保健医療福祉に関する資格の複数取得が直接処遇（給与・手当）に反映される制度がなければ実現できないと思います。
79	男	30	3	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	2	できるだけ早い段階での実習（試験勉強の時間を確保するために）
80	女	35	12	前職なし	事務職（管理職を含む）	3	社会人で資格取得するのに一番のネックは休みの調整です。|実習は連続でとか多くとも２回に分けてとかになると思います。|有休も仕事している状況なので絶対むりだなと感じてます。
81	女	46	23	前職保健医療福祉	福祉職（高齢者関係）	3	資格取得のための費用の補助や減額。また働きながら取得しやすいような時間帯やオンラインの活用等柔軟な授業形態。|資格取得をすることの利点のわかりやすい提示。取得後の仕事へのつなぎ方の経験者からの話を聞く機会を設ける。|中高年でも通いやすいことをアピールする。オープンキャンパスを夜間帯も行う。
82	女	29	7	前職なし	福祉職（障害者関係）	3	夜間に通えたり、通信教育で学べる学校が田舎の近くにもあると良いと思う。京都府内の場合、そういった学校は京都市に集中しており、遠方から通うには現実的でない。
83	女	24	1	前職なし	福祉職（その他）	1	資格取得のために仕事を休んでも給料が減らない仕組み
84	男	55	30	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	基本となる、介護福祉士、社会福祉士の社会的な評価が確実なものにならないと資格取得は進まないと思います。|多様化する介護人材の中で介護福祉士、社会福祉士はリーダーといえる存在です。介護報酬等で確実に配置を評価してもらいたい。||また、介護や福祉施設の管理者にも資格取得を義務化すべきと考えます。|医療機関では医師、訪問看護ステーションでは看護師、福祉系施設においても介護福祉士、社会福祉士の資格取得を義務付ける、もしくは報酬等で評価すべきだと思います。
85	男	34	7	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、保育士の受験資格を組み合わせて取ることのできる養成校があれば、とても魅力的だなと思います。|金銭面のサポートや勤務時間など職場の協力＋オンライン授業と対面授業の組み合わせが可能となれば、働きながらでも通えるのかなと思いました。
86	女	51	25	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	看護師等の医療系の資格と介護福祉士の介護系の資格を同時に取得できるカリキュラムがあれば、今後は活躍の場が増えると感じる。|厚生労働省の試算では、ベッド数を人口に合わせて減少していくようなシナリオ描いている。そうなると、准看護師は、活躍の場がなくなる|可能性がある。その場合の転職などの流動化を促進するためにも、抱き合わせの資格が必要であると考える。
87	男	47	13	前職他業界	事務職（管理職を含む）	1	職能団体との連携。職能団体の加入率の向上が必要と思う。
88	男	23	1	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	必要な実務経験日数の軽減
89	男	41	19	前職なし	福祉職（高齢者関係）	3	就職後の労働環境の確保。
90	男	41	20	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	勤務しながらの取得を考えた時に、仕事をどの程度休む必要があるかは重要です。スクーリングや実習の必要な日数を減らす必要はないと思いますが、まとまった期間で行うことは仕事しながらはかなり課題となります。分散して習得していけるシステムがあれば、その点で資格取得を諦めることは減ると思います。
91	女	43	19	前職なし	福祉職（子ども関係）	1	福祉職が専門職として注目され、給与が十分支払われ、就きたい職業となり、人材が増えれば仕事量が安定し、資格取得を目指しやすくなる。
92	男	50	24	前職他業界	事務職（管理職を含む）	2	無理なく学習ができる環境。
93	男	53	6	前職他業界	事務職（管理職を含む）	2	保健医療福祉の垣根を超えた養成校同士が多数連携することや、社会福祉法人職員等が働きながらも資格取得しやすい養成校側の体制整備（例えば、実習等は自施設にて行う等）があれば、より一層複数取得も進むかと考えます。
94	男	35	12	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	学校・養成施設の事業所への、資格取得のための出前講座の実施
95	女	38	16	前職なし	介護職	4	有給ではなくて、資格取得のための研修休みのような会社での仕組みがあると取得しやすくなると思う。
96	男	40	13	前職なし	事務職（管理職を含む）	2	オンライン学習や講師の出張講習など受講しやすくなる仕組み

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

C.社会福祉士(つづき)

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
97	男	50	25	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	2	働きながら取得する為の学校・養成施設の費用が高額な為、誰でもチャレンジ出来ないと思う。資格が取得出来たら学費が戻って来るような仕組みがあると良いと思う。
98	男	47	17	前職保健医療福祉	事務職（管理職を含む）	2	介護福祉士・社会福祉士は名称独占の為その力の発揮が分かりづらい。昨今ソーシャルワークの実習課程もブラッシュアップされその地位も依然と比べると変わってきているように感じる部分も多いが、国家資格としての在り方そのものの見直しや仕組み（専従業務として）を作り直す必要があるように感じる。現役世代の減少により支え手が著しく減少する事はわかっている事であり資格をもって医療・福祉で働く人たちの地位向上を考える必要がある。医療系は特にだが専門校卒業までに関する費用が一般的な学部と比較しコスト高でもある。担い手の増加を図る上でも社会福祉法人の公益的取組等の活用を図り基金等の創設による担い手の育成（支援）の法整備等も必要だと感じる。
99	男	35	6	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	学校養成施設にて複数受講コースの新設。実習期間の短縮。期間の短縮。収入の増加。
100	男	41	16	前職なし	保健職	2	働きながら資格取得できるような、カリキュラム（オンラインも含め、夕方からの授業等）。
101	男	27	4	前職なし	福祉職（障害者関係）	1	社会福祉士と精神保健福祉士を取得する場合、2回実習に行く必要がある。どちらも実習費用がかかるため、セット割引があれば金銭的に大変助かると思う。資格を取得したくても、金銭面のハードルが高ければ取得する人を選んでしまう。学校に所属している学生であれば、別途授業料を払っているため少しでも減額されれば希望が湧く。社会に出ても資格手当の無い法人もあるため、資格保持者は給与面でも処遇を受けるべきであると考える。
102	男	38	16	前職なし	福祉職（障害者関係）	2	学校・養成施設等に行かずとも、ある程度の実務経験があれば受講資格が得られる方が、働きながら資格取得が目指しやすくなると思う。
103	男	36	3	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	1	資格手当の拡充|資格所得の際、学歴の壁をなくす
104	男	61	23	前職他業界	福祉職（障害者関係）	2	・受験資格の要件緩和|・専門職資格取得に対する助成において、申請間隔に制限があることを緩和
105	女	35	10	前職なし	福祉職（その他）	2	学生の間に複数の資格取得ができるとよい。

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

D.保育士

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
106	女	40	10	前職他業界	事務職（管理職を含む）	5	職場は人が足りないので容易には休めない。通信教育と奨学金制度があればチャレンジできる。
107	男	35	13	前職なし	介護職	2	・通信講座を活用する。|・事業所で職場体験ができ、興味を持って頂く。|・医療、福祉の魅力をアピールできる講師を育成または派遣する。
108	女	23	1	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	登校日の選択制（登校日が決められていることで、施設イベントと被っていることが多く資格取得に踏み切れない）
109	女	51	2	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	1	発達障害児への保育、資格や研修内容が市町村で違いが大きいので国レベルでもっと検証して、世界の状況なども踏まえてた情報が欲しい。|
110	女	44	26	前職なし	事務職（管理職を含む）	1	・資格取得希望職員が、一時的に短時間や雇用形態を変え、資格取得に専念できる制度が作られると協力的な組織であり、質の向上も計画的に行えると思います。|
111	女	49	23	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	1	資格手当の拡充
112	女	55	9	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	2	通信教育など
113	女	58	20	前職保健医療福祉	事務職（管理職を含む）	2	保健医療従事はそもそも、夜勤のある仕事が多いので、子どもを育てるという面においては、社会の仕組みが整っていないと難しいと思っています。|複数の資格取得については、国家資格の基礎的な部分は「共通」として免除の仕組みをもって拡大すればいいのではないでしょうか。|各資格の横のつながりが大事なのでは？と思います。
114	男	36	3	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	3	・気持ちにゆとりの持てる職場環境|・ある程度の収入がある
115	女	37	7	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	4	オンラインでの学習。実習するために職場に理解を求めていける制度。|福祉全般を楽しく学べるカリキュラムがあれば、同時取得の意欲が高まるか。福祉事務所などでの実習で当事者会に顔を出せたらする機会は、とても学びになった。生きた実習などの経験ができるように。
116	女	48	24	前職なし	福祉職（障害者関係）	3	試験日の分散
117	女	55	14	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	2	社会福祉士などの資格は、実践で何年以上経験していれば、試験を受ける資格があれば良いと思います。
118	男	47	16	前職他業界	福祉職（子ども関係）	3	補助金や複数取得した事によるメリット(給料がすごく上がる等)があると良い。
119	女	49	4	前職保健医療福祉	介護職	3	オンライン授業も活用して色々な講師から学ぶことができる仕組みを作る
120	女	37	3	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	4	民間資格でも国家資格でも、もっと保健医療福祉の現場で働いている人に資格の種類や取得方法などを周知できれば目指してみたいと思う人も多くなると感じます。

付表 2:保健医療福祉資格の複数取得を目指しやすくする仕組みに関する意見(最初の保有資格別)

E.幼稚園教諭

ID	性別	年齢	勤続年数	前職有無	職種	資格数	複数資格保有のための意見
121	女	53	9	前職保健医療福祉	介護職	6	職場の人員確保がままならない状態であるため、まずはそこから改善していかないといけないと思う。
122	女	61	24	前職他業界	福祉職（高齢者関係）	7	複数取得を目指すには資格の必要性のイメージができないとモチベーションが上がらないので、現役専門職でステップアップをした人による講座を設け、取得経緯や勤労しながら勉強することの困難さ、学生時代がいかに学ぶ環境として恵まれているかなどを学生に伝えることが必要だと思います。|
123	女	31	11	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	勤務の調整ができやすい（有給がとりやすい、勤務変更がしやすいなど）と資格取得がしやすいのかなと思う。
124	女	31	11	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	保育士、幼稚園教諭の資格については、取りやすいと思いますが、取得しても、その後、資格を活かして仕事を続ける人が少ないです。|私と同期で、短大を卒業した人たちも、転職後は、保育士や幼稚園教諭とは別の職種で働いています。|職場の環境もあると思いますが、福祉職の待遇改善をして頂ければ、もう少し定職率が上がるのでは…。と思います。
125	女	30	10	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	給料、休暇の改善
126	女	50	2	前職なし	福祉職（障害者関係）	2	職場で勉強会を開催してくれている。また、資格取得に向けての補助金制度もある。
127	女	23	0	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	休みを増やす。
128	男	42	19	前職なし	事務職（管理職を含む）	7	コースを増やし、オンライン等を活用しながら複数の資格が同時に取れるようなカリキュラムを作る。卒業後も研修等で単位を獲得でき、生涯学習として資格取得ができる方法を作る
129	女	34	4	前職他業界	福祉職（子ども関係）	2	取得する金額を減額ができればいいと思います。
130	女	58	24	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	2	履修科目の重なりを利用する。
131	女	50	10	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	資格取得に向けて学ぶ機会、時間を作る。||お金の援助等
132	女	44	6	前職他業界	福祉職（子ども関係）	2	現在の仕事をやりながら、資格取得が出来るシステムの構築。職場に人材的余裕があり、資格所得希望者に時間を確保する。|
133	男	47	27	前職なし	福祉職（障害者関係）	3	より良い職場作りが、人材確保につながり、その人材が資格取得を目指せると良い。働く環境がよくなってほしい。
134	女	25	3	前職なし	福祉職（子ども関係）	3	勤務内の研修で資格取得
135	女	32	5	前職保健医療福祉	福祉職（障害者関係）	3	・福祉関しての給料アップ|・所得しやすい基準|・経験があっても資格取得には学校など行き再度実務経験が必要になっている制度の変更|・幼稚園教諭に関しては、国家資格ではない為更新が必要になることがネック。
136	男	34	9	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	3	そもそもが取得後の仕事の継続につながっていないから、常に人材不足が叫ばれているので、会社側として現代のシステムに対応すると共に、安定した新人の教育の仕組みを仕上げていく事が大切ではないかと思う。|それでも学校に求めるものがあるのであれば、社会に出るという心構えや考え方を少しでも教えておくことではないかと思う。
137	女	21	1	前職なし	福祉職（子ども関係）	2	学校で学べること以外にも、外部に行って自主的に学べることへのサポートがあればよいと思う。
138	女	50	4	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	2	夜間や休日、オンラインでの講習
139	女	64	25	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	2	短期大学における2年間での学びでは難しいと感じます。教育・保育技術や知識の履修だけでは通用しない現職場においては、豊かな人間力が求められ、コミュニケーション能力の高い人材が必要とされています。保健医療福祉現場に必要なそういった学問を共通のカリキュラムとして単位の一部とすれば効率よく学べるのではないかと思います。
140	女	40	7	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	3	重複している科目の見える化、時間帯を選ばないオンラインの講座の実施や実践と結びつけて学べる対話的な講義等
141	女	31	9	前職他業界	福祉職（子ども関係）	2	申し込みのしやすさ
142	女	55	35	前職なし	事務職（管理職を含む）	4	学費の援助
143	女	48	11	前職保健医療福祉	福祉職（子ども関係）	2	支援のいる子供達が来られている施設です。姿勢を安定させるために日々工夫をしていますが、その中で作業療法士の先生がおしえてくださりそれを実践しています。保育士とst.otや看護師など、大学や専門の在学中に取得できる制度があれば、本当によいと思います。

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

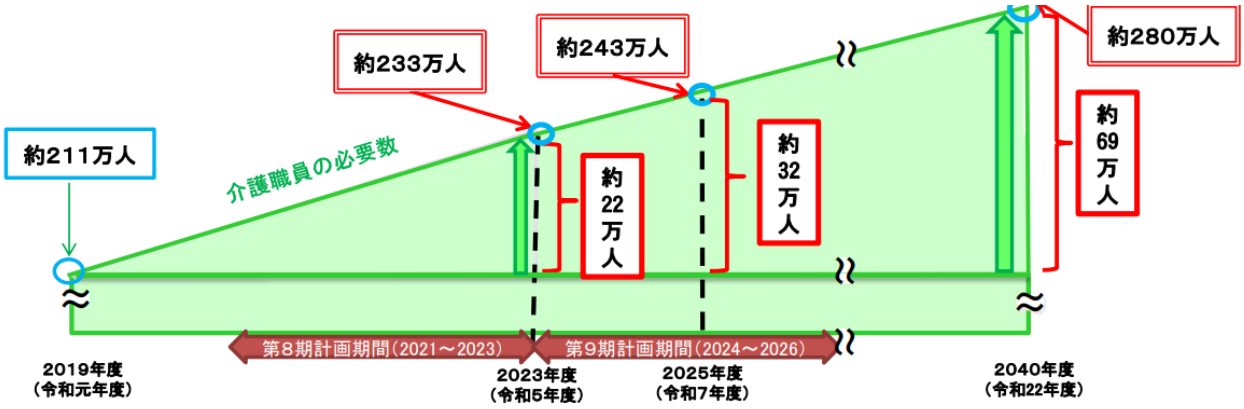
法人の複数資格取得の推進の取り組みと従業員の資格取得数や資格取得意向の関係性 [1]

研究代表者 堀真奈美（東海大学健康学部教授）、分担研究者 駒村康平（慶應義塾大学経済学部教授）、
研究協力者 上村一樹（甲南大学マネジメント創造学部准教授）

1. はじめに

高齢化に伴い福祉職に対する需要が増加していく中、人材の供給はそれに追いついていないのが現状である。一例として、第 8 期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を見ると、2019 年度（211 万人）比で、2023 年度には＋約 22 万人（5.5 万人/年）、2025 年度には＋約 32 万人（5.3 万人/年）、2040 年度には＋約 69 万人（3.3 万人/年）が必要とされる。

図 1：第 8 期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について



出典：「第 8 期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について（令和 3 年 7 月 9 日）」別紙1より

また、厚生労働省の HP に「認知症等のより複雑で専門的な対応を必要とするニーズの顕在化等を背景として、質的にもより多様化、高度化している状況にあります。」とある通り、人材の量だけでなく、質を担保するという観点も重要となる(厚生労働省 2023)。

具体的な取り組みとして注目すべきものの 1 つが、福祉職の資格取得に関するものである。厚生労働省が発表している「人材確保指針に関連する厚生労働省の取組について（平成 24 年度）」を参照すると、「資格」という言葉が 32 回も登場している(厚生労働省 2012)。「資格」という言葉は、同書面の中でも重要なキーワードの 1 つであり、たとえば「給与」という言葉が登場しているのは 10 回であり、「環境」という言葉が登場しているの

[1] 本研究は，令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究（代表者：堀真奈美）」の一環として実施された。調査票情報提供にご協力頂いた関係者各位に深く御礼申し上げる。なお本稿の分析で示される数値は独自集計したものであり、公表されている数値と必ずしも一致しない。

は 15 回であるため、それらの言葉よりも登場回数が多いことがわかる。

具体的にどのような文脈で「資格」という言葉が登場しているのかを確認すると、たとえば、同書面の p.23 には「質の高い介護福祉士や社会福祉士、保育士等を確保する観点から、資格制度の充実を図り、その周知を行うこと。」とある。また、p.25 には「従事者のキャリアアップを支援する観点から、働きながら介護福祉士、社会福祉士等の国家資格等を取得できるよう配慮するとともに、従事者の自己研鑽が図られるよう、業務の中で必要な知識・技術を習得できる体制（OJT）や、職場内や外部の研修の受講機会等（OFF－JT）の確保に努めること。」とある。後者は特に重要であり、雇用側は、単に有資格者を中心に雇用するのみならず、被用者が資格を取得できることを支援することが求められていることが分かる。

本研究では、雇用側がどのような資格取得支援を実際に行っているのか、そして、その資格取得支援は実際に資格の取得に繋がっているのかという点について、社会福祉法人並びにその従業員を対象にしたアンケート調査の結果から実証分析によって確認する。

2. 制度的背景および先行研究

本研究と問題意識を同一にする研究、すなわち、福祉職の雇用側がどのような資格取得支援を実際に行っているのか、そして、その資格取得支援は実際に資格の取得に繋がっているのかという点に関する研究は、筆者らが知る限りにおいて見当たらない。しかし、問題意識の一部において、本研究と関連がある研究は数点見当たるため、以下ではそれらについて概括する。

まず、川﨑・日田(2018)は、社会福祉士の業務実態を把握する目的で、専門職能団体に所属する社会福祉士（宮崎県社会福祉士会会員）を対象とした、質問紙調査を行った。その結果分かったことは、社会福祉士は、(1)社会福祉士以外にも複数の資格を取得していること、(2)社会福祉士の従事領域は拡大していて、求められる能力も多岐に及んでいること、(3)職場の待遇面で優遇措置に差があること、などであった。(3)に関して、川﨑・日田(2018)は、半数近くの回答者が資格の優遇措置がない環境で働いていることを指摘している。

西村他(2020)は、業務や資格について、社会福祉専門職自身がどのように意識しているかという観点から、神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部社会福祉学科の卒業生を対象に、メールおよび自記式郵送調査にて調査を行った。その結果、社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士のいずれも約 70%が自らの仕事に資格が必要であると認識していること、資格を有することが採用条件になっているのも、資格を有することが手当や地位など職場での処遇上配慮されているのも約 40%に過ぎないことなどが明らかになった。

これらの研究から、社会福祉職で働く当事者は職業意識が高く、資格保有を業務の遂行に必要なものであると考えていることが分かる一方で、資格を取ることによる優遇措置は半数程度の職場でしか行われていないということや、資格が採用条件になっているのは約 40%に過ぎないことなど、雇用側としては資格の保有を十分に重視していない、あるいは、報いていないという現状も伺える。しかし、これらの研究からは、資格保有が入職の条件であるのか、資格保有で待遇が変わるのか、という点については示唆を得られるが、資格保有を促進するために職場で何が行われているのかについては分からないままである。そこで、本研究では、社会福祉法人並びにその従業員を対象にしたアンケート調査の結果から、職場で行われている資格取得支援の実態と、その支援が実際に資格取得を促進しているのか、という 2 点について明らかにする。

3. アンケート調査の概要

まずは、調査の結果から、職場でどのような資格取得支援が行われているのかを概括する。まずは、従業員

の保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援についてまとめたものが表 1 である。データは従業員単位になっており、N=1,761 というのは、従業員調査に回答した者のうち、社会福祉法人調査とのデータのマッチングに成功した者の数である。

表 1:保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援

実施していない	実施している			
42(2.4%)	1,719(97.6%)			
	資格取得費用の全額助成	資格取得費用の一部助成	資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	その他
	281(16.0%)	1,398(79.4%)	689(39.1%)	721(40.9%)

表 1 にある通り、ほとんどの職場（正確には、ほとんどの回答者の職場）では何らかの資格取得支援が行われている、ということが分かる。「その他」については、内容が多岐にわたるが、一例を挙げると、資格取得に関する休暇、シフトの配慮、資格取得に必要な費用の貸与、といったものがある。

表 2:保健医療福祉の複数資格取得を推進しているか

はい	いいえ	どちらともいえない
1251(71.0%)	66(3.8%)	444(25.2%)

次に、従業員に対して複数の保健医療福祉資格取得を推進しているかは、表 2 の通りである。表 2 にある通り、ほとんどの職場では複数資格の取得が推進されていることが分かる。今回の調査では、複数資格取得推進の具体的な方策については尋ねていないため、どのような方策が行われているのかについては、今回の調査からは明らかにならない。

表 3:保健医療福祉資格の保有によって基本給が上がるか

どの資格の保有でも基本給は上がる	資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	どの資格の保有でも基本給は上がらない	その他
112(6.4%)	532(30.2%)	839(47.6%)	278(15.8%)

今度は、保健医療福祉資格の保有によって基本給が上がるかどうかを表 3 にまとめた。表 3 にある通り、また、先行研究でも確認されていた通り、約 37%の職場では保健医療福祉資格の保有によって基本給が上がることが分かる。なお、その他の中には、「（国家資格・その他を問わず）資格によっては基本給が上がる場合がある」などの回答が見られたため、「基本給が上がる可能性がある」職場は、もう少し高い割合になる。

表 4:資格の保有数に応じた資格手当

どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない
57(3.2%)	250(14.2%)	68(3.9%)	171(9.7%)
資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない	資格の種類によらず俸給表が異なるため、資格手当はない	その他	
370(21.0%)	490(27.8%)	355(20.2%)	

続いて、資格の保有数に応じた資格手当の支給状況について確認する。表 4 から分かるとおり、約半数の職場では資格手当がないことが分かる。また、資格数に比例して手当が増える職場は僅か 7%ほどに過ぎないことが分かる。

4. 回帰分析について

先ほど確認した、資格取得の支援状況は、従業員の資格取得を後押しに成功しているのだろうか。ここでは、(1)従業員の将来の資格取得意向は資格取得支援によって強まっているのか、(2)現在の職場に入職後に取得した資格の数は資格取得支援によって増えているのか、という2点を実証分析によって確かめる。(2)については、分析結果の解釈に留保が必要である。なぜなら、現時点での職場の資格取得支援状況は、当該労働者の入職時点、あるいは入職後現在までの支援状況と同一とは限らないからである。しかしながら、(1)の分析だけでは、取得支援が実際の資格取得に与える影響は分からないため、(2)の分析も行う。(2)については、「現時点での資格保有数―現在の職場に入職した時点での資格保有数」で定義する。

従業員の資格取得意向ないし取得状況は、職場の支援によってのみ決まるわけではなく、従業員側の個人的な事情や状況によっても左右される。従業員側の事情や状況を表す変数として [2]、ここでは、年齢、性別(**男性**・女性・答えたくない)、学歴(**中卒**・高卒・高専卒・専門学校卒・短大卒・大卒・修士以上・その他)、子どもあり、配偶者あり、生計維持者かどうか(回答者自身・**回答者以外**・回答者と配偶者等の間で折半)を用いる。

それ以外に、職場で置かれている状況についても、資格取得意向ないし取得状況に影響する可能性がある。具体的には、雇用形態(**正規雇用**、非正規雇用(期間の定めあり)、非正規雇用(期間の定めなし))、職位(**管理職**、主任・サブリーダー等、職場のまとめ役、一般職・担当職、事務職、その他、バイト・パート等)、保健医療福祉資格は自身の業務の質を保障するものとして重要であるか(1＝全く思わない、2＝あまり思わない、3＝少し思う、4＝とても思う、の 4 段階)、職場に複数の保健医療福祉資格を有する者が必要だと思ったことがあるか(0 か 1 のダミー変数)、自身の理想の姿は「1 つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材」と「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」でいうとどの辺りにあるか(0 から 10 の 11 段階)、という変数である。

また、(1)従業員の将来の資格取得意向は資格取得支援によって強まっているのか、の分析においてのみ、

---

[2] () 内にカテゴリーが書いてあるものは、カテゴリーが 3 つ以上のダミー変数で、**太字下線付き**になっているものが基準カテゴリーである。

「現時点での資格保有数」を説明変数に用いる。現時点での資格取得数は、既に多くの資格を保有しているとこれ以上取得する資格がなくなる、回答者自身が資格取得に対して意欲的かどうかを表している、といった理由により、将来の資格取得意向に影響しうる。

最後に、現在の職場を離職する意向があるかどうかも、資格取得に影響しうる。現在の職場を離職する意向があるために資格取得支援のインセンティブが弱まる、という場合と、現在の職場を離職する意向があるからこそ資格取得支援のインセンティブが強まる、という場合が考えられる。「将来、転職をする意向はありますか。」という質問に対して、「大いにある」「少しある」と答えた場合は「転職意向ダミー＝1」とした。また、「転職はせず、離職する」と答えた場合には「離職意向ダミー=1」とした。

職場の資格取得支援を表す変数としては、保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援内容（表 1）、保健医療福祉の複数資格取得を推進しているか（表 2）、保健医療福祉資格の保有によって基本給が上がるか（表 3）、資格の保有数に応じた資格手当（表 4）の 4 つである。ただし、一部の変数については、表 1～4 にあるものとはカテゴリーの分け方を変更している。

保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援については、資格取得費用の全額助成、資格取得費用の一部助成、資格取得に必要な実習を業務時間とみなす、の 3 つのダミー変数を用いる。「その他」については、色々な支援内容が含まれており、分析結果の解釈が難しいため、分析には用いない。

保健医療福祉資格の保有によって基本給が上がるかについては、どの資格の保有でも基本給は上がる、資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる、の 2 つのダミー変数を用いる。「その他」については、色々な場合が含まれており、分析結果の解釈が難しいため、分析には用いない。

資格の保有数に応じた資格手当については、表 5 のように整理した[3]。

表 5:資格の保有数に応じた資格手当（回帰分析用の整理）

	1. どの資格にも手当あり	2. 国家資格のみ手当あり	3. 手当が資格数に連動
どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	1	0	1
どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	1	0	0
資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	0	1	1
資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	0	1	0

[3] なお、「俸給表が変化する」というダミー変数も作成したが、この変数を回帰分析の説明変数に加えると、回帰分析全体の、あるいは、資格取得支援に関する各説明変数の分散拡大係数(variance inflation factor, VIF)が大きくなった。この変数を除くと、VIF の値が 3 未満になったため、分析には用いないこととした。

資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない	0	0	0
資格の種類によらず俸給表が異なるため、資格手当はない	0	0	0
その他（2. に該当する）N=13	0	1	0
その他（3. に該当する）N=72	0	0	1
その他（1. から 3. に該当しない）	0	0	0
該当者数	307	252	197

以上の通り作成した、回帰分析に用いる変数の記述統計は表 6 の通りである。

表 6:記述統計

被説明変数	平均	標準偏差	最小値	最大値
資格の数（現在の職場で取得）	0.811	1.109	-3	7
資格の数	1.215	1.135	0	7
資格の数（現在の職場以前に取得）	0.403	0.731	0	5
将来の資格取得意向あり	37.9%		0	1
従業員の属性				
年齢	42.429	12.264	20	81
性別				
男	41.9%		0	1
女	56.0%		0	1
答えたくない	2.1%		0	1
学歴				
中卒	1.5%		0	1
高卒	16.5%		0	1
高専卒	0.9%		0	1
専門学校卒	22.3%		0	1
短大卒	16.6%		0	1
大卒	40.7%		0	1
修士以上	1.1%		0	1
その他	0.3%		0	1
子どもありダミー	60.8%		0	1
配偶者ありダミー	62.0%		0	1
自身が生計維持者ダミー	54.7%		0	1
生計を折半ダミー	20.9%		0	1

職位				
管理職	16.1%		0	1
主任・サブリーダー等、職場のまとめ役	21.0%		0	1
一般職・担当職	49.9%		0	1
事務職	5.9%		0	1
その他	2.5%		0	1
バイト・パート等	4.6%		0	1
雇用形態				
正規雇用	83.2%		0	1
非正規雇用（期間の定めあり）	10.6%		0	1
非正規雇用（期間の定めなし）	6.2%		0	1
自身の理想の姿「1＝専門人材」と「11＝総合人材」	6.994	2.162	1	11
複数の保健医療福祉資格を有する者が必要	65.8%		0	1
資格は業務の質を保障するために重要	3.224	0.761	1	4
転職意向ダミー	40.0%		0	1
離職意向ダミー	5.2%		0	1
職場の支援状況				
資格取得費用の全額助成	16.0%		0	1
資格取得費用の一部助成	79.4%		0	1
資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	39.1%		0	1
保健医療福祉の複数資格取得を推進しているか	71.0%		0	1
どの資格の保有でも基本給は上がる	6.4%		0	1
資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	30.2%		0	1
どの資格にも手当あり	17.4%		0	1
国家資格のみ手当あり	14.3%		0	1
手当が資格数に連動	11.2%		0	1
サンプルサイズ	1,761			

続いて、分析の方法である。1. 将来の資格取得意向ありについては、被説明変数が二値変数であるため、ロジット・モデルによる分析を行う。また、2. 資格の数（現在の職場で取得）については、OLS による分析を行う。いずれの分析についても、誤差項を性別でクラスタリングして、クラスターロバストな標準誤差を用いる。また、分析は Stata MP 18.0 によって行う。

5. 回帰分析の結果

表 7:回帰分析の結果

被説明変数	1.資格取得意向			2.資格取得数(現在の職場)		
分析方法	ロジット・モデル			OLS		
	係数		標準誤差	係数		標準誤差
年齢	-0.062	**	0.013	-0.006	#	0.002
性別(基準:男性)						
女	-0.123		0.102	0.107	#	0.026
答えたくない	-0.138		0.086	0.046	#	0.015
学歴(基準:中卒)						
高卒	-0.275		0.546	0.030		0.203
高専卒	-0.345		0.261	-0.253		0.156
専門学校卒	-0.648		0.463	0.034		0.291
短大卒	-0.929	*	0.380	0.247		0.210
大卒	-0.429		0.332	0.297		0.127
修士以上	-1.062		1.195	0.516		0.388
その他	0.721	**	0.172	0.910	#	0.222
子どもありダミー	0.276	*	0.112	0.014		0.027
配偶者ありダミー	0.065		0.179	0.114		0.154
自身が生計維持者ダミー	0.440	**	0.020	0.049		0.083
生計を折半ダミー	0.321	**	0.112	-0.001		0.072
職位(基準:管理職)						
主任・サブリーダー等	-0.204		0.155	-0.287		0.227
職場のまとめ役	-0.277		0.247	-0.570	*	0.120
一般職・担当職	-0.945	**	0.025	-1.000	#	0.274
事務職	-0.142		0.130	-0.712	*	0.127
その他	-0.277	**	0.065	-0.654	*	0.106
雇用形態(基準:正規雇用)						
非正規雇用(期間の定めあり)	-0.171	**	0.023	-0.236	*	0.049
非正規雇用(期間の定めなし)	-0.671	**	0.158	-0.285	*	0.057
資格の数	0.083	**	0.008			
自身の理想の姿「1＝専門人材」と「11＝総合人材」	0.041	**	0.005	0.013	#	0.003
複数の保健医療福祉資格を有する者が必要	0.541	**	0.116	0.258	*	0.043
資格は業務の質を保障するために重要	0.221	**	0.066	0.097	#	0.027
転職意向ダミー	0.381	**	0.009	0.085		0.063
離職意向ダミー	-0.059		0.300	0.097		0.111
職場の支援状況						
資格取得費用の全額助成	-0.299	*	0.119	-0.015		0.060

資格取得費用の一部助成	-0.530	**	0.124	0.016		0.011
資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	0.116	**	0.040	0.050		0.020
保健医療福祉の複数資格取得を推進しているか	0.049		0.159	-0.113	*	0.022
どの資格の保有でも基本給は上がる	-0.225		0.169	0.266	*	0.032
資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	0.497	**	0.149	0.234	#	0.062
どの資格にも手当あり	0.049		0.085	0.075		0.036
国家資格のみ手当あり	0.256	**	0.057	0.079		0.066
手当が資格数に連動	0.030		0.161	0.074		0.062
定数項	1.010		0.347	0.599		0.454
サンプルサイズ	1,761			1,703		

注:**は 1%水準で、*は 5%水準で、#は 10%水準で統計的に有意であることを表す。標準誤差は全て、性別でクラスタリングしたクラスターロバストな標準誤差である。 サンプルサイズが違うのは、2.資格取得数(現在の職場)を被説明変数とした分析の場合、負の値になっている者(N=58)を分析から除いたからである。

表 7 から分かることを、従業員自身の属性、職場での資格取得支援の順に整理する。まず、従業員自身の属性については、年齢が高いほど、資格取得意向も弱く、資格取得数も少ない。年齢が高いほど、資格から得られる生涯を通じてのリターンが小さいため、従業員が経済合理的に行動していることを裏付けるものである。また、男性は女性や性別を回答したくない者と比べて、現在の職場での資格取得数が有意に少ない。次に、学歴については、その他のみ有意に資格取得意向が高く、資格取得数も多い。次に、子どもありダミー、生計維持関連のダミー変数などの該当者は、資格取得意向が有意に高いが、これらに該当する者の方が、稼がなければならない金額が多いことによるものだと考えられる。

職位について見てみると、管理職を基準にすると、多くのカテゴリーで、資格取得支援意向が弱く、資格取得数も少ない。資格取得数については、資格を多く有しているために管理職になれたという逆の因果関係を反映している可能性があるが、今後の資格取得意向については、そのような解釈は当てはまらない。管理職になることで、業務の範囲が広がる、責任が重くなるなどの結果、資格取得意向が高まっている可能性がある。雇用形態については、正規雇用を基準にすると、それ以外の者は資格取得支援意向も有意に低く、資格取得数も有意に少ない。正規雇用の者と比べると、資格取得のインセンティブが弱いからであると考えられる。

現在保有している資格の数が多いほど、今後の資格取得意向も有意に高い。現在保有している資格が多い者は、資格取得のための努力が苦にならないため今後の資格取得意向も高い、何らかの理由で職場から資格取得の圧力がかかっている、などの理由が考えられる。また、総合人材を理想とする者、現在の職場では複数の保健医療福祉資格を有する者が必要と考える者、資格は現在の業務の質を保障するために重要だと考える者などは、そうでない者と比べて、有意に資格取得意向が高く、資格取得数も多い。資格に対する必要性や重要性を認識しており、多様な能力が必要であると考えている者ほど、資格取得意向が高く、資格取得数も多いというのは、予想されるとおりの結果といえよう。

転職意向ダミーについては、転職意向がある者は、そうでない者と比べて、今後の資格取得意向が有意に高い、という結果となっている。資格取得の意向が高い者は、福祉業界以外への転職を考えている確率は低いため、資格取得意向の強さは福祉業界全体としては好ましいことである一方で、この結果は、資格取得意向の強さが、現在の職場からの転職意向の強さのシグナルともなりうることを示唆している。当該労働者が取得しよう

としている資格が、現在の職場と関係がない場合には、転職意向を弱める手立ては現在の職場には存在しない。しかし、当該労働者の取得しようとしている資格が、現在の職場や業務と関連がある場合には、待遇や環境次第では、転職意向を弱める手立てがある。

ここからは、資格取得支援の与える影響について確認する。まず、取得費用の助成については、今後の資格取得意向を有意に弱めている。一方で、資格取得に必要な実習を業務時間とみなすことは、今後の資格取得意向を有意に強めている。今回、回答に協力してくれた法人の数が限られているため、取得費用の助成が本当に資格取得意向を弱めている、という可能性もあるが、取得費用の助成を行っている企業に、今回の分析には含めることができてない何らかの要因があり、その要因が、資格取得意向を弱めている、という可能性も考えられる。

次に、どの資格の保有でも基本給は上がるようにすると、資格取得数は有意に多いが、資格取得意向には有意な変化がない。また、国家資格の保有のみ基本給は上がるようにすると、資格取得意向も有意に強く、資格取得数も有意に多い。これらのことから、資格保有に対する基本給アップという施策は、従業員の資格取得を促進するような効果があるといえよう。

最後に、手当に関連した変数については、唯一、国家資格にのみ手当を出した場合に、今後の資格取得意向が有意に強まっている。ただし、同施策を講じても、資格取得数は増えていない。今回の結果からは、手当よりも基本給アップの方が有効な施策であるといえる。

6. むすびに

本稿の分析結果をまとめると、重要な点は 2 点ある。第一に、資格取得に対する職場の支援には、今後の資格取得意向を強めたり、現職に入職して以降の資格取得数を増やしたりする効果がある。具体的には、資格取得に必要な実習を業務時間とみなす、資格の保有で基本給が上がるようにする、国家資格に手当を出す、といった方法が有効であった。第二に、転職意向がある者は、そうでない者と比べて、今後の資格取得意向が有意に高かった。このことから、福祉人材が資格取得に意欲的である場合、それは今の職場でのスキルアップを目指しているというシグナルとは限らず、転職を目指しているシグナルという可能性がある。

本稿の分析結果には、いくつかの留保事項がある。第一に、縦断調査ではなく、一時点における調査であるため、本稿の分析結果は逆の因果関係や交絡変数が存在する可能性を排除しきれていない。たとえば、本稿の分析結果は、資格取得に必要な費用を助成すると、資格取得意向が弱まる、というものだった。この結果は、真の因果関係ではなく、取得費用の助成と、従業員の資格取得意向が弱い、ということの間に何らかの交絡変数が存在していることによるものという可能性もある。第二に、本稿の調査に協力した社会福祉法人は、全体からすると僅かな割合であるため、本稿の結果は、その他多くの法人においては妥当ではない可能性がある。

これらのような留保事項はあるものの、これまで分析の対象となってこなかった、福祉人材の資格取得意向や取得実績に対する職場の支援の重要性を明らかにした、ということが本稿の貢献である。

参考文献

川﨑順子, 日田剛, 2018,「社会福祉士の業務実態と専門性やキャリア向上の意識に関する研究～宮崎県社会福祉士会会員の調査結果から～」『最新社会福祉学研究』, 第 13 号, 37－44.

厚生労働省, 2012,「人材確保指針に関連する厚生労働省の取組について（平成 24 年度）」（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000034739.pdf、2023

年 5 月 25 日最終確認).
厚生労働省, 2021,「第 8 期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について(令和 3 年 7 月 9 日)別紙1」(https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804129.pdf、2023 年 5 月 25 日最終確認).
坂入竜治, 宮井篤, 田保圭一, 櫻井真一, 熊谷仁恵, 坂本興一, 田中秀治, 田中浩子, 大林美由紀, 福島喜代子, 2017,「研修参加に影響を与える要因に関する研究:東京精神保健福祉士協会の実態調査より」『武蔵野大学人間科学研究所年報』第 7 号: 67－78.
西村淳, 中村美安子, 大島憲子, 吉中季子, 中越章乃, 2020,「社会福祉専門職の専門性に関する意識:業生調査の結果から」『神奈川県立保健福祉大学誌』第 17 巻第 1 号, 113－121.

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究
（22AA2008）」

地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査（名張市）

古城隆雄(分担研究者、東海大学健康学部　准教授)
黄辰悦(研究協力者、慶應義塾大学大学院　政策・メディア研究科後期博士課程)
小金澤圭吾(研究協力者、慶應義塾大学大学院　政策・メディア研究科後期博士課程)
堀真奈美（研究代表者、東海大学健康学部　教授）

要旨　本研究は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる三重県名張市及び市内の関連施設、地域づくり組織に視察調査を行った。

＜主要な調査結果＞

１）多職種連携等の体制

住民主体の地域づくり組織、小学校単位で設置したまちの保健室、市役所内の地域包括支援センター、連携調整担当であるエリアディレクター等、多職種連携、多機関連携を促す仕組みを、長期間の経験と実績を土台に構築していた。

２）多職種連携の具体的な内容

最も身近な住民相談窓口であるまちの保健室の担当者が、住民に伴走し、様々な複合的な生活課題（ヤングケアラー、児童虐待、DV,生活困窮、引きこもり、不登校、難病、障害、空き家、消費者被害等）に対して、行政内外の関係者、関係機関と直接、間接的に連携して対応を行っていた。

３）多職種連携に求められる人材像

専門職に関わらず、住民に寄り添う姿勢、住民や関係者と良好な信頼関係を構築できるコミュニケーション能力が、求められる能力である。

４）先進事例の横展開の可能性

名張市の取り組みは、他の自治体に多くの示唆があると思われる。ただし、名張市の歴史的な背景や住民を含む多くの関係者の間で共有されている問題意識や地道な努力が素地になって、様々な取り組みが機能していることを理解する必要がある。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

複合的な課題を抱えている家庭が今後増加するため、長期間寄り添い、伴走できる総合的な人材が必要性である。専門職種は、高度な専門的な課題を短期集中して解決するために、必要不可欠な人材である。今後は、長期間寄り添い伴走できる人材が必要であり、彼らには高いコミュニケーション能力、住民の課題に対して察知できる高いアンテナを持つことが求められている。

＜結論＞

名張市の多職種連携の体制（住民主体の地域づくり組織、小学校単位で設置されたまちの保健室、市役所内の地域包括支援センター、関係部署との連携調整担当であるエリアディレクター等）や連携内容（多様な生活課題に対して重層的に担当者間のネットワークで対応する等）が明らかになった。

他の自治体にこれらのシステムは参考になると思われる。ただし、これらが構築されてきた歴史的な背景や住民を含む多くの関係者の間で共有されている問題意識や地道な努力が素地になっていることを理解する必要がある。

A.研究目的

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野における人材確保および質向上が重要な課題である。地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、部門別、特定専門職種の対応だけでは困難な場合も生じている。このような状況の中で、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材による多職種連携がこれらの問題に対する解決策の一つになりうる。

そこで、本研究では、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる先進自治体に視察調査を行った。本研究の目的は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにすることである。

B. 研究方法

調査自治体は、三重県名張市で、2023 年 1 月 30 日に、まちの保健室、隠おたがいさん事務局、名張市役所福祉こども部に訪問した。訪問先では、グループインタビュー形式で、事前に送付した調査項目に基づき、ヒアリングを行った。主な調査項目は、①多職種連携等の概要、②多職種連携等の具体的な内容、③多職種連携等の評価、成果、④他の自治体に横展開するための要点、⑤人口減少社会において、必要な人材の確保の方法である。

C. 研究結果

１）多職種連携等の体制

①市役所

名張市は、平成の大合併時に他の市町村との合併を行わないという決断をした。合併しないことによる交付税の減少、少子高齢化に伴う税収の減少が見込まれるなかで、いかに自立した自治体を作っていくかが重要課題になった。住民が求めるサービスが多様化、複雑化する状況下では、人材的にも財政的にも行政だけは対応が困難であり、住民を含む幅広い関係者が一緒に対応していくことが求められた。その危機意識が、住民を含め共有された歴史的経緯が、名張市の取り組みの土台になっていることを伺った。

名張市では福祉こども部の中に、地域包括支援センターを直下に設置し、地域包括支援センターの分室として、住民の身近な相談窓口として「まちの保健室」を小学校区単位で設置している（地域包括支援センター、まちの保健室は外部に業務委託はしておらず、市直轄の組織である）。市役所内の地域包括支援センターには、地域包括支援センター長 1 名、全世代包括担当 6 名、地域包括・総合相談担当 14 名が勤務しており、うち 11 名は嘱託職員である。多くの職員が、看護師、保健師、社会福祉士、介護支援専門員等の有資格者だが、正規職員・嘱託職員ともに資格がない者もいる。

当初は、市の地域包括支援センターがワンストップの相談窓口で受け入れていたが、上手く機能しなかった。現在では、住民の身近な相談窓口で総合的に話を伺い、本格的な相談はエリアディレクターと連携したり、市の地域包括支援センターにつないだり、下記に示す住民の地域づくり組織や社会福祉協議会と直接連携する形になっている。

エリアディレクター（相談支援包括化推進員）は、高齢、障害、児童、困窮、教育の 5 分野に配置されている。複合的な生活課題を抱える対象者に対して、エリア会議（重層的支援会議）を通じて、関係部署や機関が行う支援方法の調整等を行っている。

②まちの保健室

地域住民の日常生活圏で対応する地域福祉活動拠点として、「まちの保健室」を市内 15 か所に設置している。対象は、全世代の住民で、日常の困りごとを気軽に相談できる

窓口を目指している。職員は、2～3 名配置しており、その多くは何らかの資格（社会福祉士、看護師、保健師、介護福祉士等）を保有する正規職員、嘱託職員（会計年度職員）である。

名張市では、市役所内に地域包括支援センターを設置し、まちの保健室はその分室という位置づけである。対象地区が小学校区であるため、実態把握がしやすく、スピード感を持って対応することができる。

③隠（なばり） おたがいさん

先に述べたように、財政にも人材的にも行政だけでは限界があるという危機意識の共有されていたため、住民でできることは住民相互に支えあう動きが広まり、名張市内の各地域に住民主体の地域づくり組織が出来上がってきた。隠おたがいさんは、その地域づくり組織の一つである。平成 20 年に「名張市要援護者日常生活支援事業」が開始され、名張地区でも、平成 22 年に準備委員会が立ち上がり、平成 24 年 4 月から活動を開始した。グループの名称は、日本書紀や万葉集に使用されていた「隠（なばり）」入れて「隠おたがいさん」とした。事務所は、空き家を借り、設備準備金 70 万円を活用し物品をそろえ、足りないものは住民で持ち寄り準備を整えた。活動開始前は、地域住民へのアンケート調査を実施、先進自治体へ視察も行った。

構成員は、正会員（年会費 500 円）、準会員、賛助会員（1 口 1000 円）からなり、会の運営は、年会費、利用料、交付金、寄付金等で賄っている。令和 4 年の会員数は 232 人であり、年齢構成は 70 代 62%、60 代 14%、80 代 13%、50 代 5%、30 代 4%、40 代 2%である。会員は、サービスの利用者にも提供者にもなる、相互に助けあう関係になっている。生活支援等のサービスを利用した際には規定の利用料を支払い、サービスを提供した会員には 1 時間 500 円の報酬を支払う。

２）多職種連携等の具体的な内容

①市役所（地域包括支援センター）

複合的な生活課題を抱える住民（ヤングケアラー、児童虐待、DV、生活困窮、引きこもり、不登校、難病、障害、空き家、消費者被害等）に対して、行政内の組織、職員だけでなく、外部の医療機関、学校、福祉施設、地域づくり組織と連携して対応している。

最も身近な相談窓口である「まちの保健室」で多くの相談は受け付けられ、必要に応じて市の地域包括支援センター等の専門部署に引き継がれる。市の地域包括支援センターが扱う課題は、市域レベルでの多機関協働による支援が必要な課題である。また、市役所には、高齢、障害、児童、困窮、教育の 5 分野にエリアディレクター（相談支援包括化推進員）が設置されており、エリア会議（重層的支援会議）を通じて、関係部署や機関が行う支援方法の調整等を行っている。エリアディレクターは、主に市の地域包括支援センターと協働することが多いが、必要に応じてまちの保健室や住民組織と直接やり取りを行い、連携することもある。

②まちの保健室

まちの保健室は、住民のワンストップ相談窓口として機能しており、必要に応じて関係部署や関係機関への橋渡し、連携・調整、協働することにより、住民からの困りごとに対応している。主な業務内容は、健康、福祉の総合相談、見守り・支援のネットワークづくり、健康づくり・介護予防、行政等関係機関につなぐ役割である。当初は、市役所内の地域包括支援センターに引継ぎが集中することがあったが、現在では、専門的な内容についてはエリアディレクター、地域づくり組織、社会福祉協議会、NPO、医療機

関等と直接連携、協働することが増えている。

③隠(なばり) おたがいさん

設立当初の地域住民のアンケート調査では、支えあいの仕組みづくりが欲しいという意見が多く寄せられた。そのため、部屋の片づけ、掃除、買い物、庭の整理、草引き等、介護保険では頼めないような隙間作業の生活支援から活動を始めた。その後、外出支援の要望が多くなったため、平成 29 年に名張市の助成金を活用し軽自動車を購入し、生活支援の一部として行っていた送迎を中心とする外出支援を本格化した。

現在、生活支援事業として、家の外回りの作業、大工仕事、換気扇掃除、障子の張替え、室内掃除、荷物移動、片付け、お墓参り、話し相手等を行っている。家に入る作業の場合は、トラブル防止のため 2 名以上で伺うようにしている。令和 3 年度の活動実績は 356 件で、買い物代行・付き添い 34%、除草作業・庭木の剪定 16%、部屋の掃除・網戸・窓ふき 15%、病院へ薬・順番をもらいに行く 10%、ゴミの分別・出し 10%、溝掃除・外掃除 7%、植木鉢移動・庭掃除・畑作業 6%だった。外出支援では、安全運転講習会を定期的に行い、買い物や通院の送迎、ワクチン接種の同行をしている。令和 3 年度の活動実績は外出支援 917 件で、病院 72%、買い物 16%、お墓参り 4%、喫茶店 3%、老健 3%、市役所 2%だった。

なお、生活支援、外出支援事業以外にも、生活困窮者自立支援事業への協力、週 1 回の配食サービスを行っている。また、想定外の依頼は生活支援のコーディネーターと移動支援のコーディネーターが対応して、出来ない事柄は、専門職へつないでいる。

３）多職種連携等に求められる人材像

まちの保健室で言えば、住民との関係性、相談できる環境づくりが重要である。住民に寄り添う姿勢、観察力を持っていることが必要で、そのうえで、個々の職員の専門性や総合力を活かすことが重要である。

職員の相談対応能力の向上や相談員自身も相談できる関係を構築するために、地域包括支援センターとまちの保健室との合同で、職員研修を行うようにしている。

４）先進事例の横展開の可能性

国からは分野別に制度や仕組みが下りてくるが、なんでも受け止める体制を作ること、ネットワークを構築することが重要であり、横の連携を図れる信頼関係、人材育成が肝要である。制度予算的には縦割りであっても、サービスを提供する際は横の連携を意識することが大切である。会議体を待って報告するのではなく、各々でスピード感を持って話し合い対応していくことが望ましいという意見であった。

まちの保健室を、そのまま移植しても、これまで培ってきた住民との信頼関係や積み重ねてきた経験、知識がないと難しいのではないかという回答だった。

名張市のまちの保健室は、小学校区に一つと小さいエリアで設置しており、設置当初は住民と一緒にトイレ掃除や草むしり等の活動を行うことで関係性を構築してきた。地域の行事を一緒に行うことで、仲間意識が育まれる。そうした活動の中で、困りごとがないか、声掛けをさりげなく行うことで、少しずつ言いやすい関係を築いてきている。日々の気軽な会話の中から、子育てに関する悩み、行政への要望、地域に悩みを抱えている人がいないか等を気づくことができる。

こうした様々な相談員の取り組み、心がけ、住民との関係性が重要であるため、そのまま仕組みだけを模倣しても、上手く機能しないのではないかということだった。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

福祉資格の基礎課程を共通化することは、いずれ必要になってくるという意見であった。複合的な課題を抱えている家庭が今後増加するため、長期間寄り添う伴走できる総合的な人材が必要だからである。もちろん、専門職種は短期集中して必要になる。名張市では、専門性が高い医師が多数いるよりも、総合診療ができる医師を必要としている。

まちの保健室の担当者は、必ずしも有資格者である必要はなく、一般の行政職員でも可能である。重要なことは、コミュニケーション能力が高く、アンテナが高い人材であるということだった。

D.考察

本研究は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる三重県名張市及び市内の施設、地域づくり組織に視察調査を行った。５つの調査課題に関する考察は次のとおりである。

１）多職種連携等の体制

名張市の地域包括システムの特徴は、市役所内に市全体の相談窓口を支える地域包括支援センターを設置し、比較的多くの人員を配置するとともに、高齢、障害、児童、困窮、教育の５分野にエリアディレクターを配置することで、複合的な生活課題を抱える住民に対して有機的な連携支援体制を図るようにしていることがある。また、小学校区単位という小さな単位で、地域包括支援センターの分室となる「まちの保健室」を配置し（業務委託せず)、きめ細かな相談窓口として実質的に機能させる努力と工夫をしていることがあげられる。さらに、住民主体の地域づくり組織が多数活動しており、行政と住民の間にさまざまな行事を一緒に行ってきた経験があり、経験に基づいた信頼関係、協働意識が根付いていることも特徴的なことである。

２）多職種連携等の具体的な内容

名張市の多職種連携は、組織や専門職種を超えて、ネットワークの形で有機的に連携が図られている。住民は、複合的な生活課題（ヤングケアラー、児童虐待、DV,生活困窮、引きこもり、不登校、難病、障害、空き家、消費者被害等）を持っている。基本的には、最も身近な住民相談窓口であるまちの保健室の担当者が、住民に伴走し、関係部署、関係機関、関係職種と連携をしている。しかし、それは基本であって、地区組織活動や地域包括支援センターから連携が始まることもあり、どこからでもつながるチャネルをもち、それらが有機的に連携するように尽力している。このことは、行政から住民というアウトリーチする場合にも役立てられており、住民にアクセスしやすい（受け入れてもらいやすい）担当者、部署から、住民にそれとなく声かけがなされ、必要に応じて担当者同士が話し合い、スピーディに対応方法が相談されていた。

３）多職種連携等に求められる人材像

市役所、まちの保健室、地域づくり組織等で話を伺ったが、住民に寄り添うとする姿勢、住民や関係者と良好な信頼関係を構築できるコミュニケーション能力が、行政の担当者、専門職問わず求められる能力である思われる。

４）先進事例の横展開の可能性

現在の名張市の地域包括支援システム、多職種連携が構築されてきた背景には、市町村合併しなかったことによる危機意識の共有がある。つまり、限られた財源、人材の下

で、多様な住民ニーズに対応する必要があるという危機意識、問題意識が、行政だけでなく、関係機関、住民に共有されてきたという歴史的経緯がある。
　この危機意識、問題意識が、行政職員だけでなく関係機関の担当者や住民に、限られた資源の中で、どのようにしたら多様な生活課題に対応できるかを考え、行動を促す原動力になっていると思われる。
　他の自治体にとっては、名張市のまちの保健室や地域づくり組織、エリアディレクター等の仕組みを参考にすることが重要であるが、そのまま模倣したとしても、思うような成果をあげることは困難かもしれない。その背景には、名張市が辿ってきた歴史的な経緯やその後の関係者の地道な努力と信頼関係があるからである。
　他の自治体が参考にする際には、システム的なことだけでなく、関係者や住民との意思疎通、問題意識の共有をいかに図るかが重要かと思われる。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法
　名張市の事例から得られる示唆は、複合的な課題を抱えている家庭が今後増加するため、長期間寄り添い伴走できる総合的な人材を育成する必要性である。専門職種は、高度な専門的な課題を短期集中して解決するために、必要不可欠な人材である。しかし、それにもまして、長期間寄り添い伴走できる人材には、高いコミュニケーション能力と、住民の課題を察知できる高いアンテナを持つことが求められる。

E. 結論
　名張市への視察調査から、名張市の特有の多職種連携の体制（住民主体の地域づくり組織、小学校単位で設置されたまちの保健室、市役所内の地域包括支援センター、関係部署との連携調整担当であるエリアディレクター等）や連携内容（多様な生活課題に対して重層的に担当者間のネットワークで対応する等）が明らかになった。
　これらは他の自治体に多くの示唆があると思われるが、これらが構築されてきた歴史的な背景や住民を含む多くの関係者の間で共有されている問題意識や地道な努力が素地になっていることを理解する必要がある。

G. 研究発表
　該当なし

H. 知的財産権の出願、登録状況
　該当なし

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究
（22AA2008）」

地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査（旭川市・鷹栖町）

小金澤圭吾（研究協力者、慶應義塾大学大学院　政策・メディア研究科後期博士課程）
古城隆雄（分担研究者、東海大学健康学部　准教授）
黄辰悦（研究協力者、慶應義塾大学大学院　政策・メディア研究科後期博士課程）
堀真奈美（研究代表者、東海大学健康学部　教授）

要旨　本研究では、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる北海道旭川市及び北海道鷹栖町に視察調査を行った。

＜主要な調査結果＞

１）多職種連携等の体制

旭川市では、各専門分野の相談窓口だけでは対応が困難な複合的課題や、制度の狭間にある課題に対応するために、「地域まるごと支援員」を配置し、多職種連携を推進していた。一方、鷹栖町では、ワンストップ相談窓口で包括的に相談を受け、最終的に支援に至るまでのさまざまなフェーズで、多職種が協働できる体制を築くことで、連携を推進していた。

２）多職種連携等の具体的な内容

旭川市では、「地域まるごと支援員」が、既存の支援制度では円滑な支援が困難な世帯に対して、アウトリーチし、関係部署や関係者と連携して、協働で支援を実施していた。一方鷹栖町では、「庁内 LAN」や「ケース共有会議」など、多機関が情報共有や意見交換できるツールや機会を活用し、多機関が協働で伴走支援を実施していた。

３）多職種連携等に求められる人材像

各現場職員に対して、職員自身の持っている専門性とその誇り、課題解決への熱意、コミュニケーション能力や調整力などの人間力が求められていた。

４）先進事例の横展開の可能性

行政から現場の職員まで含め、実際の事例を通して、福祉体制の在り方を検討し、実践していくことが重要である。他の自治体が参考にする時は、それぞれの地域事情を踏まえながら、自治体の強みを生かし、弱みを補完するような形で、先進的な事例を取り入れ、福祉体制の構築を図ることが重要である。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

人材育成の観点では、専門職養成課程の時点で、世帯支援の視点で実践も含めた知識を身につけることとコミュニケーション能力を育成することが重要である。人材確保の観点では、求職者に対して、具体的に地域支援の実際の姿や、福祉職のやりがいを発信することが重要である。人材流出防止の観点では、職員が福祉業界で働くことで得られる専門職としての誇り、やりがいを持てることが重要である。

＜結論＞

福祉分野における多職種連携を他の自治体で推進していく際は、まず複雑化・複合的な課題を抱える世帯への包括的支援の在り方を検討し、次に地域や自治体の事情を踏まえ、多職種連携を図る仕組みを作ることが重要である。つまり、多職種連携は手段であって、目的ではないことに留意が必要である。他の自治体が、多職種連携の仕組みを構築する際には、先進的な事例が部分的に参考になると思われる。

A.研究目的

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野における人材確保および質向上が重要な課題である。地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、部門別、特定専門職種の対応だけでは困難な場合も生じている。このような状況の中で、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材による多職種連携がこれらの問題に対する解決策の一つになりうる。

そこで、本研究では、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる先進自治体に視察調査を行った。本研究の目的は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにすることである。

B. 研究方法

調査自治体は、北海道旭川市と北海道鷹栖町である。調査期間は、2023 年 2 月 13 日（鷹栖町）と 2 月 14 日（旭川市）で、訪問先は、鷹栖町役場サンホールはぴねす、旭川市役所、旭川市社会福祉協議会である。訪問先では、グループインタビュー形式で、事前に送付した調査項目に基づき、ヒアリングを行った。主な調査項目は、①多職種連携等の概要、②多職種連携等の具体的な内容、③多職種連携等の評価、成果、④他の自治体に横展開するための要点、⑤人口減少社会において、必要な人材の確保の方法である。

C. 研究結果

地域福祉サービスに係る多職種連携、タスクシェア・シフトの先行事例について、調査を実施した。下記に主たる調査結果をまとめた。

1. 北海道旭川市

北海道旭川市役所と旭川市社会福祉協議会を視察し、調査した。

１）多職種連携等の体制

旭川市では、各専門分野で縦割りに相談窓口を設置し、相談内容に応じて、関係部署間で相互連携や調整を図る体制が整備されている。子育て分野は、市が直接運営しているが、介護、障害、生活困窮の分野は、その殆どを業務委託している。2022 年度の重層的支援制度による体制整備が開始されてから、複合的課題を抱えている相談内容は、「地域まるごと支援員」が相談を受けてから、各部署で連携を行う流れができている。

「地域まるごと支援員」とは、「個々の世帯が抱える複合的な課題や制度の狭間にある課題、社会的孤立世帯の増加などの地域課題の解決を支援・調整する役割を担う者」である。既存の高齢者分野の地域づくり事業が拡大された、①アウトリーチを通じた継続的支援事業 ②多機関協働事業 ③参加支援事業 ④生活支援体制整備事業 に取り組み、包括的な支援体制を請け負っているのが、「地域まるごと支援員」である。この「地域まるごと支援員」は、支援員８名＋統括支援員１名から構成されており、旭川市社会福祉協議会が市から委託されている。「地域まるごと支援員」は、旭川市を４地域に分け、2 名ずつ配置されている（2 名×4 地域）。担当エリアはあるが、支援内容に応じて、機動的に支援員を組み合わせている。

支援員と統括支援員は１つ以上の保健医療福祉資格を有していた。社会福祉士と精神保健福祉士の２つの資格を持っている者が最も多かった。

２）多職種連携等の具体的な内容

旭川市では、各専門部署が相談を受け、支援する体制が構築されている。しかし各専門部署の支援では漏れ出てしまう、制度の狭間の課題や、複合的な課題などは「地域まるごと支援員」がその受け皿となり、関係部局との連携や調整を進め、支援を実施する。「地域まるごと支援員」が支援する対象は、8050 問題やダブルケア、社会的孤立世帯など、既存の支援制度では円滑な支援が困難な世帯が主である。

具体的な支援までの流れは、まず町内会や社会福祉協議会、民生委員、地域包括支援センターなどが、複合的課題を抱えている個人や世帯を見つけ、「地域まるごと支援員」に連絡する。次に「地域まるごと支援員」がその世帯をアウトリーチし、必要であれば関係部局や関係者と連携を図り、協働で支援を実施していく。支援員の方は、「重症化する前に、早期発見することを心掛けている」と語っていた。

３）多職種連携等に求められる人材像

多職種連携を担う「地域まるごと支援員」を含む現場職員には、業務対する専門性とそのプライド、課題解決に対する意欲が求められていた。旭川市役所の担当職員は、現場職員に求められるものとして、「（１つでも）得意分野」、「誇りとモチベーション」をあげ、それらが組み合わさることで「さまざまな課題解決に繋がっていく」と語っていた。

４）先進事例の横展開の可能性

自治体によって、既存の支援体制や地域の事情などが異なるため、先進的な事例をそのまま横展開することは難しい。庁内外で意見収集し、それぞれの自治体の強みを生かし、弱みを補完できるよう、先進的な事例から良いとこ取りをして、各地域で福祉体制を作ることが重要である。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

福祉業界の人材を確保し、また他業界への流出を減らすには、「それぞれの専門職としての誇りを持ち、やりがいを感じることが重要」と旭川市の担当職員は語っていた。また、福祉業界に入らないと見えてこない地域支援の実際の姿や、そのやりがいを求職者に対し発信していくことが、人材確保の施策としては有効であると言及していた。

2.　北海道鷹栖町

北海道鷹栖町役場サンホールはぴねすを視察し、調査した。

１）多職種連携等の体制

鷹栖町では、わかりやすく、かつ、断らないワンストップ相談窓口として生活福祉相談センターを設置し、拠点の「サンホールはぴねす」で「丸ごと相談」を請け負っている。生活福祉相談センター内では、地域包括支援センター（高齢）、基幹相談支援センター（障がい）、子育て世代包括支援センター（子ども）、健康福祉課・社会福祉協議会（生活困窮・その他）などの部署が置かれている。健康福祉課の健康長寿係（地域包括支援センター）、地域福祉係（基幹相談支援センター）、子育て支援係（子育て世代包括支援センター）、保険推進係（医療・保険）の各部署には、事務職と福祉の有資格者が人員配置されている。ワンストップ相談窓口で受けた相談は、ケースとして、生活福祉相談センターの各関係部署へ引き継がれていく仕組みとなっている。そのケースの中でも、複雑化・複合的なケース、もしくは多角的な視点から支援を検討したいケースの場

合は、各関係部署の判断で、「ケース共有会議」に情報共有[1]されることとなっている。この「ケース共有会議」は、月１で開催され、各関係部署に加え、社会福祉協議会も参加し、ケースごとの支援内容等について協議する場である。この協議で多機関連携の必要性が認められれば、ケースは、「重層的支援会議・支援会議」へ移行し、関係機関の連携と協働の支援について協議する仕組みとなっている。

２）多職種連携等の具体的な内容

鷹栖町では、まず生活福祉相談センターが、「丸ごと相談」を受け、障がい、子ども、高齢、生活困窮など、健康福祉課内の関係部署に繋いでいく。そして受けた相談内容等については、行政内のオンライン掲示板である「庁内 LAN」を活用し、リアルタイムで職員が相談内容や支援内容等を把握できるようにしている。多くの相談内容等は、健康福祉課で対応できるが、必要に応じて水道料金担当者、税務課、公営住宅担当者、教育委員会も「庁内 LAN」に加え、情報共有し、連携して支援を行う。

「ケース共有会議」で多機関連携の必要性が認められたケースは、「重層的支援会議・支援会議」で、関係機関の役割確認、情報共有、進捗状況確認、支援者同士の連携について協議される。この協議に基づき、多機関が協働して、課題解決や伴走支援が実施される。また社会参加のきっかけ作りも行われており、住民主体の就労支援やサロン活動などの参加支援事業や、地域居酒屋や認知症カフェ、見守り活動などの地域づくり事業を一体的に実施している。行政や社会福祉協議会は、コーディネーターとして参画し、地域住民が主体となって参加支援や地域づくりが実施されている。

３）多職種連携等に求められる人材像

多職種の連携を円滑に進めていく為には、コミュニケーション能力や調整能力が求められる。そのため、個々の専門性を高めるような人材育成も重要ではあるが、知識に加えて人間力の育成も必要となっている。

４）先進事例の横展開の可能性

鷹栖町役場の担当者は、鷹栖町のような多職種連携を構築する上で、「具体的なケースを通して、行政や現場の職員全員で、話し合い、実践することが重要である」と語っていた。現在鷹栖町では、協議する場として、「ケース共有会議」があり、どのような連携がより良い支援に繋がっていくのか検討している。今後、さらに関係者間のコミュニケーションを強化するため、参加者を拡大した「事例検討会議」の開催も検討していた。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

人材育成の観点から、鷹栖町役場の担当者は、専門職養成課程の時点で、個別支援だけでなく、世帯支援の視点で実践も含めた知識を身につけることが重要であると言及していた。また多職種連携を円滑に進めていく際は、専門知識に加えて、コミュニケーション能力も必要であり、育成する必要があると指摘していた。

D. 考察

本研究は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる北海道旭川市及び北海道

[1] 「ケース共有会議」では、毎月合計で 30 から 40 ケースほど共有されている。

鷹栖町に視察調査を行った。５つの調査課題に関する考察は次のとおりである。

１）多職種連携等の体制

旭川市では、各専門分野の相談窓口を設置している。しかし複合的な課題や制度の狭間にある課題など、専門相談窓口では漏れ出てしまう課題は、「地域まるごと支援員」が請け負っている。「地域まるごと支援員」を中心に、多職種連携を図る体制が構築されている。

一方、鷹栖町ではワンストップ相談窓口を設置し、包括的に相談を受けてからケースとして、各部署に引き継ぐ体制をとっている。また各部署は、必要に応じて「ケース共有会議」でケースを共有し、さまざまな関係者と多機関連携の必要性について協議できる。多機関連携の必要性が認められれば、「重層的支援会議・支援会議」で関係機関の連携と協働の支援について協議する。このように、相談を受けてから最終的に支援に至るまでのさまざまなフェーズで、多職種連携を図る体制が構築されている。

２）多職種連携等の具体的な内容

旭川市では、「地域まるごと支援員」が、8050 問題やダブルケア、社会的孤立世帯など、既存の支援制度では円滑な支援が困難な世帯に対して、アウトリーチをしている。そして必要に応じて、関係部局や、民生委員、地域包括センターなどの関係者たちと連携を図り、協働で支援を実施している。

一方、鷹栖町では、ワンストップ相談窓口や「庁内 LAN」、「ケース共有会議」などさまざまなフェーズで、多機関の連携を推進する仕組みやツールがあり、それらを活用し、多機関が協働で伴走支援を実施している。また鷹栖町では、住民の社会参加のきっかけ作りも行っている。住民主体で、参加支援事業と地域づくり事業を一体的に実施しており、行政や社会福祉協議会は、コーディネーターとして参画している。

旭川市と鷹栖町の多職種連携の取り組み方の違いは、人口や面積の違い、自治体の規模や支援体制の違いによるものと思われる。

３）多職種連携等に求められる人材像

行政の担当者に伺ったところ、各現場職員に対して、職員自身の持っている専門性とその誇り、課題解決への熱意、コミュニケーション能力や調整力などの人間力が求められていた。

４）先進事例の横展開の可能性

行政から現場の職員まで含め、実際の事例を通して、福祉体制の在り方を検討し、多職種連携を実践していくことが重要である。先進的な事例をパッケージにして横展開することは望ましくない。それぞれの地域事情を踏まえ、自治体の強みを生かし、弱みを補完するよう先進的な事例を良いとこ取りをして、福祉体制の構築を図ることが重要である。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

人材育成の観点では、専門職養成課程の時点で、個別支援だけでなく、世帯支援の視点で実践も含めた知識を身につけることが重要である。また専門知識に加えて、コミュニケーション能力の育成も重要である。

人材確保の観点では、福祉業界に入らないと見えてこない、地域支援の実際の姿や、やりがいを求職者に具体的に発信することが重要である。

人材流出防止の観点では、職員が福祉業界で働くことで得られる専門職としての誇り、

やりがいを持てることが重要である。

E. 結論

調査の結果から、福祉分野における多職種連携について、先進的な事例とされる北海道旭川市と北海道鷹栖町では、それぞれの地域や自治体の事情に合わせ、支援体制を構築していた。またそれぞれの自治体は、「地域まるごと支援員」や、「庁内 LAN」、「ケース共有会議」など多職種連携を推進する為の仕組みを持っており、活用していたことが明らかとなった。

したがって、福祉分野における多職種連携を他の自治体で推進していく際は、まず複雑化・複合的な課題を抱える世帯を包括的に支援の在り方を検討し、次に地域や自治体の事情を踏まえ、最後に多職種連携を図る有効手段を獲得することが重要である。多職種連携は手段であって、目的ではないことに留意が必要である。他の自治体が、多職種連携の仕組みを構築する際には、先進的な事例が部分的に参考になると思われる。

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願、登録状況

該当なし

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究
（22AA2008）」

地域福祉サービスに係る多職種連携等の先進事例調査
（座間市、徳島市等）

黄辰悦（研究協力者）、慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科後期博士課程
古城隆雄（分担研究者）、東海大学健康学部 准教授
小金澤圭吾（研究協力者）、慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科後期博士課程
堀真奈美（研究代表者）、東海大学健康学部 教授

要旨

本研究では、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる神奈川県座間市および徳島県徳島市等の社会福祉法人に視察調査を行った。

＜主要な調査結果＞

１） 多職種連携等の体制

多職種間の連携は情報共有ツールの導入によって円滑に進められ、部門間の橋渡しにもなっていた。また、複数の施設間の多職種連携も進められており、オールマイティな人材を育成し最適な配置をすることで横のつながりを意識した連携推進アプローチも活用されていた。

２） 多職種連携の具体的な内容

相談を中心とする業務を複数の職種が担当する場合は、複数の職種間で業務内容の分担が必要になる。一方、一人の職員が複数の業務にオールマイティに対応する場合は、他の職種への橋渡しが必要になる。

３） 多職種連携に求められる人材像

専門職と非専門職が協働的な関係を構築するには、共通言語に対する職種間の認識のズレを調整することや目標を共有して、理解しようとする人材が求められる。

４） 先進事例の横展開の可能性

大規模な組織では、縦割り組織思考によるコミュニケーションの希薄化がある。また自治体の地域特性による意識の違いがあるため、そのままの横展開は難しい。

５） 人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

専門性の高い人材、総合的な知識を備えた人材等が求められている一方、人材確保のために資格要件の緩和が重要であるという意見があった。いずれにせよ、多職種が連携しやすい環境基盤の整備を優先的に検討する必要がある。

＜結論＞

調査の結果から、福祉分野において多職種連携は複数のアプローチを通して導入されていることがわかった。他の自治体に横展開する際は、自治体の組織的・地理的な状況に応じて、運用しやすい制度・環境の整備を優先的に検討する必要がある。

A.研究目的

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野における人材確保および質向上が重要な課題である。地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、部門別、特定専門職種の対応だけでは困難な場合も生じている。このような状況の中で、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材による多職種連携がこれらの問題に対する解決策の一つになりうる。

そこで、本研究では、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる先進自治体に視察調査を行った。本研究の目的は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにすることである。

B. 研究方法

調査自治体は、神奈川県座間市および徳島県徳島市である。

調査期間は、2023 年 1 月 25 日（座間市）と 3 月 6 日（徳島市）、訪問先は、座間市役所福祉部、徳島市社会福祉法人あさがお福祉会である。訪問先では、グループインタビュー形式で、事前に送付した調査項目に基づき、ヒアリングを行った。主な調査項目は、①多職種連携等の概要、②多職種連携等の具体的な内容、③多職種連携等の評価、成果、④他の自治体に横展開するための要点、⑤人口減少社会において、必要な人材の確保の方法である。

C. 研究結果

１）多職種連携等の体制

①　座間市役所福祉部

座間市福祉部では、多職種連携により、総合的な支援を行っている。また、多職種連携を円滑に進めるため、情報共有シート（つなぐシート）や「相談チャート」を活用している。具体的には、生活援護課において家計改善の相談の際、専門知識を持っている看護師とケアマネージャーが情報共有シートを用いて、家計改善だけでなく、相談者のメンタル面・家族関係の複合的な問題の改善につながる支援を行っている。このように、多職種連携が福祉部各部門間の橋渡しにもなっていることが明らかになった。

また、担当者からは、「医療・福祉分野における多職種連携の現場にヒエラルキーが存在しているが、対等になりつつある」という意見もあった。医療分野と福祉分野の連携において、本当は対等で連携しなければならないが、共通言語がなく、医療側が優位に立って専門言語で話したがるため、福祉の側には伝わらないという風潮が昔はあり、上下関係が生まれやすいが、包括的支援体制構築研修（みんなが相談員〜マルっとざま〜）や「つなぐシート」、「相談チャート」の活用を通して、現在は両者の関係は対等になってきているということであった。

②　徳島市社会福祉法人あさがお福祉会

あさがお福祉会は高齢者介護、障がい者支援および保育・幼児教育等複数の事業を展開しており、配置専門職の職種も組織の多角化・多機能化によって、事業所内で多職種（保育士、幼稚園教諭、社会福祉士、介護福祉士、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、看護師、児童指導員、児童発達支援管理責任者、認証心理士、栄養士、調理師など）の連携による「ごちゃまぜ業務」を行っている。

また、多職種連携を円滑に進めるため、あさがお福祉会では子育て支援イベントを月 2 回開催し、あさがお福祉会が運営する６つの事業所の職員が横断的にメンバーになることで、横のつながりを意識した連携の支援のための仕組みを構築している。

２）多職種連携等の具体的な内容

①　座間市役所福祉部

座間市福祉部では、「相談を断らない」ことが求められている。業務を遂行する際には問題解決を目的とするのではなく、相談に乗ることが多職種連携における業務の中心となり、職種間のタスクシェア・シフトが活発に行われている。

また、福祉部における業務内容の分担も進められている。例えば、a）医療扶助相談員の業務は保健師が行っており、保健師不在の時は看護師が行うこともある；b）面接相談員の業務は社会福祉士が行う場合がある；c）就労支援の業務を遂行しているキャリアコンサルタントが多く見られている。

②　徳島市社会福祉法人あさがお福祉会

あさがお福祉会では、複数の業務にオールマイティに対応することが求められており、そのためにオールマイティに動ける職員は常に３～４人を確保している。

また、時間を有効に使うために、各職種は具体的なスケジュールに基づいて多様な業務（児童発達支援、介護、生活援助等）を行なっている。

３）多職種連携等に求められる人材像

①　座間市役所福祉部

それぞれの職種の強みを活かし、複合的な問題を解決することは多職種連携において重要な課題とされているため、専門職だけでなく、非専門職も多職種連携の現場において求められている。

例えば、自立相談支援において、一般職員は課題解決に対してコーディネートをすることができるが、個別支援のアセスメントは難しいため専門職と連携することで業務の質向上につながる。精神疾患のある人の支援で言えば、専門職と連携することで、長期的な精神疾患の治療の観点からアセスメントを行い支援できる。一方、一般職の良さとして、専門言語を使わずに、わかりやすいメッセージ、言葉遣いができることがいえる。わかりやすい言葉遣いは、幅広い職員からの理解を得られるため、庁内を繋げられることで業務の質向上にもつながる。

②　徳島市社会福祉法人あさがお福祉会

多職種における連携で目指されている共通の目標に対する共通の理解を持っている人材が求められている。

あさがお福祉会が運営している高齢者介護施設および障がい者支援施設は、地理的に非常に近い地域に立地しており、多職種の働く空間がシェアされている。そのため、意思決定がスムーズに行われており、それが業務の質にポジティブな影響を与えていることが調査によって明らかになった。

一方、共通言語に対する認識のズレは意思決定の速さ、さらには業務の質向上に影響を与える可能性がある。例えば、あさがお福祉会が運営するすべての介護事業所は自立支援を目標としているが、自立支援に対する考え方や取り組み、目指している具体的なスタイルが異なるため、職種間において共通言語が使われているが、共通言語そのものに対するイメージは事業所によって異なる。そのため、専門職が共通の目標達成を目指して言葉として共有できるもの・イメージできるものを明確化することが重要であると同時に、共有された言葉・イメージに対する共通の理解を持っている人材の育成が重要であることが示唆された。

４）先進事例の横展開の可能性

①　座間市役所福祉部

大きな自治体では、部門間のコミュニケーションが希薄である可能性があるため、横展開を行うことは難しいとの意見があった。

②　徳島市社会福祉法人あさがお福祉会

先駆的な事例の横展開について、担当者からは「テリトリーの意識が強い場合は、法人間の連携が少ないため難しい」という意見があった。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

①　座間市役所福祉部

専門性の高い人材や多様で総合的な知識がある人材、および専門職につなげる必要があるか否かを判断できる能力を備えた人材が求められているという意見があった。かじった知識で困難事例の対応をすると失敗する恐れがあるため、広く浅くではなく、専門性の高い問題に対応するためには専門職を育成する必要があることが示唆された。

また、複数資格取得している人材の確保が必要であるという意見もあった。複数の資格を保有する人材は、多角的に物事を考えることができ、業務を遂行する際の効率が高いため、サービスの質向上につながると考える。

②　徳島市社会福祉法人あさがお福祉会

人材を確保するためには資格要件の緩和が重要であり、資格要件が緩和されることでより自由に働けるという意見があった。

また、多職種が連携しやすい環境を整うことが人材確保につながることが示唆された。単一事業で多職種を育成していくことは非常に難しいであるため、複数の職種が多様的な働き方をできるようになるまで、小規模の複合拠点を設立する等、環境の整備が必要であるということであった。

D. 考察

本研究は、視察調査を通じて、多職種連携等の具体的な取り組み内容と他の自治体が参考できる手がかりを明らかにするために、多職種連携やタスクシェア・タスクシフトにより、複雑化・多様化する地域福祉の課題に取り組んでいる神奈川県座間市役所福祉部および徳島県徳島市社会福祉法人あさがお福祉会に視察調査を行った。５つの調査課題に関する考察は次のとおりである。

１）多職種連携等の体制

多職種連携の現場における情報共有が重要視されているため、座間市福祉部では、情報共有ツールの導入によって専門職間の連携が円滑に進められており、多職種連携が部門間の橋渡しにもなっている。

一方、徳島市あさがお福祉会は、当該福祉会が運営している複数の事業所を跨いだ多職種連携を進めており、オールマイティに動ける人員配置等を通して横のつながりを意識した多職種の連携を促している。

２）多職種連携等の具体的な内容

相談業務を中心に、複数の職種が担当するため、業務内容の分担が求められており、タスクシェア・タスクシフトも活発に行われていた。一方、一人の職員が複数の業務にオールマイティに対応することで、時間の有効活用と横のつながりの創出が期待されて

いる。

３）多職種連携等に求められる人材像

多職種連携において、専門職と非専門職の協働的な関係が注目され、両者の協働作業が求められている。専門職は長期的な視点からアセスメントを行う一方、非専門職は共通言語に基づいて、一般職員からの理解を得るように情報をわかりやすく伝えることができる。

ただし、共通言語に対する職種間の認識のズレが発生する場合、業務の質に影響を与える可能性があるため、共通の目標達成を目指して言葉として共有できるもの・イメージできるものを明確化することが重要であると同時に、共有された言葉・イメージに対する共通の理解を持っている人材の育成が重要である。

４）先進事例の横展開の可能性

大きな自治体や大規模な組織における縦割り組織思考がコミュニケーションの希薄化をもたらす可能性があるため、横展開が難しい。

また、地域特性によってテリトリー等の意識の強さが異なっており、地域によって多様な特性を無視した横展開は難しいという意見があった。

５）人口減少社会において、必要な人材の確保の方法

専門性の高い人材、複数資格取得者を含む多様で総合的な知識がある人材、および専門職につなげる必要があるか否かを判断できる能力を備えた人材が求められている。

一方で、資格要件が緩和されることでより自由に働けるため、人材を確保するためには資格要件の緩和が重要であるという意見もあるが、いずれにせよ、多職種が連携しやすい環境基盤の整備を優先的に検討することが人材の確保につながると考える。

E. 結論

座間市役所福祉部および徳島市社会福祉法人あさがお福祉会への視察調査から、福祉分野において多職種連携は複数のアプローチを通して導入されており、一定の効果が得られたが、導入のノウハウが一部の地域に留まっているのが現状であることがわかった。また、組織的・地理的な問題から、これらの先駆的な事例を他の地域に、そのまま横展開することは難しいと考える。

したがって、福祉分野における多職種連携の全国展開を進めていくためには、自治体の状況や特性に応じて、より運用しやすい制度・環境の整備を優先的に検討する必要がある。

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願、登録状況

該当なし

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

福祉職間のタスクシフト・シェアについて

堀真奈美（研究代表者、東海大学健康学部 教授）
黄辰悦（研究協力者、慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 後期博士課程）

1. はじめに

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野におけるサービスの人材確保および質向上が重要な課題である。その解決策の一つとして、福祉分野や保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材によるタスクシェア・シフトが考えられる。

2. 研究目的

本研究の目的は、文献調査を通じて、福祉職間においてシェア・シフトできる行為の範囲を明確化することである。

3. 研究方法

本研究では、福祉職間においてシェア・シフトできる具体的な業務内容に関する文献調査を行った。

文献調査は探索的段階と実行段階に分けられており、探索的段階では、適切なキーワードを選択するために文献調査を行った。その結果、社会福祉士・精神保健福祉士間、社会福祉士・介護福祉士間、介護職・看護補助者間、介護福祉士と言語聴覚士間においてタスクシェア・シフトできることが示された。したがって、実行段階では、Google Scholar および J-STAGE といったデータベースを利用し、上記の職種間においてシェア・シフトできる業務について文献調査を行った（表 1）。

4. 資格の概要

(1) 介護福祉士

① 定義

社会福祉士及び介護福祉士法では 2 条の 2（定義）に「介護福祉士とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの(厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「介護等」という。）を業とする者をいう。」と規定されている。

② 業務内容

介護福祉士は主に身体介護（入浴介助、排せつ介助、食事介助などといった利用者の身体に直接接触

して行われるサービス)、生活援助(調理、洗濯、掃除などといった利用者が日常生活を営むことを支援するサービス)、通院等乗降介助(乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む通院等のための乗車又は降車の介助)の3つの業務[9]を遂行している。また、在宅介護の場合は、介護方法や生活動作の説明および介護に関するさまざまな相談等の業務[13]も行っている。

(2) 社会福祉士

① 定義

社会福祉士及び介護福祉士法では 2 条の 1(定義)に「社会福祉士とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。) との連絡及び調整その他の援助を行うこと(第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。) を業とする者をいう。」と規定されている。

② 業務内容

社会福祉士は、a) 福祉課題を抱えた者からの相談に応じ、必要に応じてサービス利用を支援すること; b) 利用者がその有する能力に応じて、尊厳を持った自立生活を営むことができるよう、関係する様々な専門職や事業者、ボランティア等との連携を図り、自ら解決することのできない課題については当該担当者への橋渡しを行い、総合的かつ包括的に援助すること; c) 地域の福祉課題の把握や社会資源の調整・開発、ネットワークの形成を図るなど、地域福祉の増進に働きかけること[5]を中心に業務を行っている。

(3) 精神保健福祉士

① 定義

精神保健福祉士法では 2 条(定義)に「精神保健福祉士とは、第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号)第五条第十八項に規定する地域相談支援をいう。第四十一条第一項において同じ。) の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと(以下「相談援助」という。) を業とする者をいう。」と規定されている。

② 業務内容

精神保健福祉士は、病院や施設に入院・入所中の精神障害者の在宅生活への移行、その後の生活支援、住まいや仕事・学校に関する手続き、各種の支援制度・サービスの紹介や利用調整、およびその他日常生活を送るための支援などといった相談援助[14]を中心とした業務を行っている。

(4) 看護補助者

① 定義

看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイドでは、2 条の 2（用語の定義）に「看護補助者とは、看護が提供される場において、看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者[2]」と規定されている。

② 業務内容

看護補助者の業務について定めた法律はないが、看護師長及び看護職員の指導の下に、生活環境に関わる業務（例えば、病床及び病床周辺の清掃・整頓、病室環境の調整等）、診療に関わる周辺業務（例えば、処置・検査等の伝票類の準備、整備、入退院・転出入に関する業務等、）および日常生活に関わる業務（食事に関する業務、身体の清潔に関する業務等）[2]を行うことができる。

(5) 言語聴覚士

① 定義

言語聴覚士法では 2 条（定義）に「言語聴覚士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。」と規定されている。

② 業務内容

言語聴覚士は、先天的又は後天的な原因のため、ことばによるコミュニケーションに何らかの問題がある者に、医師又は歯科医師の指示のもと、専門的なサービスを提供している。具体的な業務としては、聴力、音声機能、言語機能の検査、訓練、助言を行うこと、および、摂食や嚥下障害の問題への対応[12]が挙げられる。

5. 研究結果

本研究では、福祉職間においてシェア・シフトできる行為の範囲を明確化するために、福祉職間においてシェア・シフトできる具体的な業務内容に関する文献調査を行った。調査の結果は次のとおりである。

(1) 社会福祉士・精神保健福祉士間におけるシェア・シフトできる業務

社会福祉士と精神保健福祉士はともにソーシャルワーカーとして位置付けられており、障がい者を支援対象としているが、前者は高齢者、障害児・者、子ども、生活困窮者[8]といった広く福祉を必要としている人を支援対象としている一方、後者は精神障がい者[10]を支援対象としている。そのため、後者は前者より一層「特化した資格」[16]である。また、社会福祉士と精神保健福祉士はともに、障がい者の相談援助業務に従事しているが、社会福祉士は支援対象者が抱えているさまざまな問題を解決することを目的とする一方、精神保健福祉士は精神障がい者の社会復帰支援を目的としている。

一方、2014 年精神保健福祉法改正において退院後生活環境相談員が創設されて以来、社会福祉士と精神保健福祉士の間で重なりが生じ、両者の間でタスクシェア・シフトを生み出す要因となっている。退院後

生活環境相談員は、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たし、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整や行政機関を含む院外の機関との調整業務に従事している[6]。退院後生活環境相談員を中心的に担う職種として、精神保健福祉士が想定されているが[1]、社会福祉士として、精神障害者に関する業務の経験者も生活環境相談員の業務を遂行することができる[6]。

したがって、退院後生活環境相談員の業務（表 2)を精神保健福祉士と社会福祉士の間でシェア・シフトすることができることが明らかになった。

(2) 社会福祉士・介護福祉士間におけるシェア・シフトできる業務

社会福祉士は助言、指導、福祉サービスを提供し、保健医療サービスの提供にあたって関係者との連絡及び調整その他の援助業務を行っている。一方、介護福祉士は身体介護、生活援助、通院等乗降介助等の業務を行い、介護に関する指導も行っている。社会福祉士と介護福祉士はそれぞれに独自性と専門性を持っているが、共通の目標達成を目指している。中山(2007)は、介護福祉士と社会福祉士は「同じ社会福祉の実践を担う専門職である[11]」と示唆し、両職種に共通する価値・理論として、a) 利用者が力を見失っている自分の状態に気づくこと； b) 利用者が利用できる資源についての知識を得ること； c) 利用者が自分の社会との関係に気づくこと； d) 利用者が問題解決の技術を身につけること[11]を挙げている。

また、福祉現場において、両職種ともに相談者を支える役割を果たしており、活躍する共通の場として訪問介護が挙げられる。したがって、両職種は訪問介護等の現場において相談援助および情報収集・提供業務[7, 13, 15](表 3)をシェア・シフトできることがわかった。また、仕事の場を共有することによって職種間の認識のズレを調整することができ、より効率的なタスクシェア・シフトを促進することができると考える。

(3) 介護職・看護補助者間におけるシェア・シフトできる業務

介護職は利用者の生活全般を支援している。一方、看護補助者は看護の専門的判断を要しない看護補助業務を行っているが、医療機関と介護施設両方を運営している法人において、施設で勤務していた介護職が医療機関へ異動し、看護補助者の業務に従事する事例が存在している [2, 12]。

また、在宅サービス業務の中で、両職種ともに周辺業務・生活援助・生活環境に関わる業務および直接ケア・身体介護・日常生活に関わる業務(表 4)に従事できることがわかった。したがって、両職種の間では、業務内容の重なりがあるということが明らかになり、タスクシェア・シフトは可能であることがわかった。

(4) 介護福祉士・言語聴覚士間におけるシェア・シフトできる業務

介護福祉士は主に身体介護、生活援助、通院等乗降介助等の業務を遂行し、言語聴覚士は聴力、音声機能、言語機能の検査、訓練、助言を行い、摂食や嚥下障害の問題へ対応する等専門的なサービスを提供しており、両職種は独自の専門知識を活かしそれぞれの役割を果たしている。

一方、2010 年に喀痰等の吸引を言語聴覚士が行い得る行為として認める必要性に関する議論が始められており [3]、2011 年「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、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痰の吸引等の行為の実施が可能となった[4](表 5)。このように、介護福祉士と言語聴覚士の間で業務の重なりが生じ、喀痰吸引の業務を両職種間でシェア・シフトすることができることが明らかになった。

6. 考察

本研究は、福祉職間においてシェア・シフトできる具体的な業務内容を洗い出し、その範囲を明確化するために文献調査を行った。その結果、社会福祉士・精神保健福祉士間、社会福祉士・介護福祉士間、介護職・看護補助者間、介護福祉士と言語聴覚士間においてタスクシェア・シフトできることが示された。

社会福祉士と精神保健福祉士は、支援対象と業務領域において相違点があるものの、重なりもあるということが明らかになり、両者の間では、退院後生活環境相談員の業務をシェア・シフトできる。社会福祉士と介護福祉士は目指されている共通の目標に対する共通の理解を持っているため、両職種の間では、目標達成に向けて仕事の場を共有することで相談援助および情報収集・提供業務をシェア・シフトできる。介護職と看護補助者は、業務内容において相違点もあるが、生活環境に関わる業務および日常生活に関わる業務などにおいて共通点も存在しているため、上記の業務をシェア・シフトできる。介護福祉士および一定の研修を受けた介護職員と言語聴覚士の間では、法改正等によって喀痰吸引の業務をシェア・シフトできると考える(図 1)。

7. 結論

文献調査の結果から、福祉職間においてシェア・シフトできる行為は存在しているが、シェア・シフトできる業務範囲が狭く、かつ一部の職種間に留まっていることが明らかになった。少子高齢化の進行による福祉現場の人材不足が進むなかで、福祉職間のタスクシェア・シフトをより行いやすい制度・環境の整備を優先的に検討することが重要であると思われる。

表 1:文献調査の方法

データベース		アクセス日	キーワード
探索的段階	J-STAGE	2022/04/13	福祉, タスクシェア
	J-STAGE	2022/04/13	福祉, タスクシフト
	Google Scholar	2022/04/17	福祉職, タスクシェア
	Google Schola	2022/04/19	福祉職, タスクシフト
実行段階	Google Scholar	2022/05/20	社会福祉士, 精神保健福祉士, タスクシェア
	Google Scholar	2022/05/20	社会福祉士, 精神保健福祉士, タスクシフト
	Google Scholar	2022/06/26	社会福祉士, 介護支援専門員, タスクシェア
	Google Scholar	2022/06/26	社会福祉士, 介護支援専門員, タスクシフト
	Google Scholar	2022/06/28	介護福祉士, 言語聴覚士, タスクシェア
	Google Scholar	2022/06/28	介護福祉士, 言語聴覚士, タスクシフト
	Google Scholar	2022/07/01	介護福祉士, 社会福祉士, タスクシェア
	Google Scholar	2022/07/01	介護福祉士, 社会福祉士, タスクシフト
	J-STAGE	2022/08/23	看護補助, 介護, タスクシェア
	J-STAGE	2022/08/30	看護補助, 介護, タスクシフト

表 2:退院後生活環境相談員の業務内容

業務内容	
1. 入院時に本人及び家族等に対し、退院後生活環境相談員として選任されたことや、退院促進の措置への関わりについて説明	
2. 退院に向けた相談支援業務	(ア) 本人及び家族等からの相談や退院に向けた具体的な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努める。
	(イ) 退院に向けた相談支援を行うに当たって、主治医の指導を受けるとともに、その他本人の治療に関わる者との連携を図る。
3. 地域援助事業者等の紹介に関する業務	(ア) 本人及び家族等から紹介の希望があった場合等、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努める。
	(イ) 地域援助事業者に限らず、本人の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や連絡調整を行い、退院後の環境調整に努める。
4. 退院調整に関する業務	(ア) 医療保護入院者退院支援委員会開催に向けた調整や運営の中心的役割を担う。
	(イ) 居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整や、地域援助事業者等との連携等、円滑な地域生活への移行を図る。

出典:厚生労働省『医療保護入院者の退院促進措置』, p.2 に基づき作成。

表 3:訪問介護における介護福祉士・社会福祉士の相談援助業務

訪問介護における相談援助業務	介護福祉士	1. 在宅・施設で生活している利用者の身体介護 、生活援助 、通院等乗降介助といった業務に従事しているほか、介護に関するさまざまな相談にも対応している[13]。 2. サービス準備等:サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである[7]。 3. 相談援助、情報収集・提供[7]
	社会福祉士	1. 在宅・施設で生活している方がたの相談に応じ、必要な助言や利用可能な制度・サービスの紹介をはじめ、サービスの利用調整や関係者間の連絡など、相談者を支え、その抱える課題を解決する[15]。

表 4:介護職・看護補助者の生活環境・日常生活に関わる業務

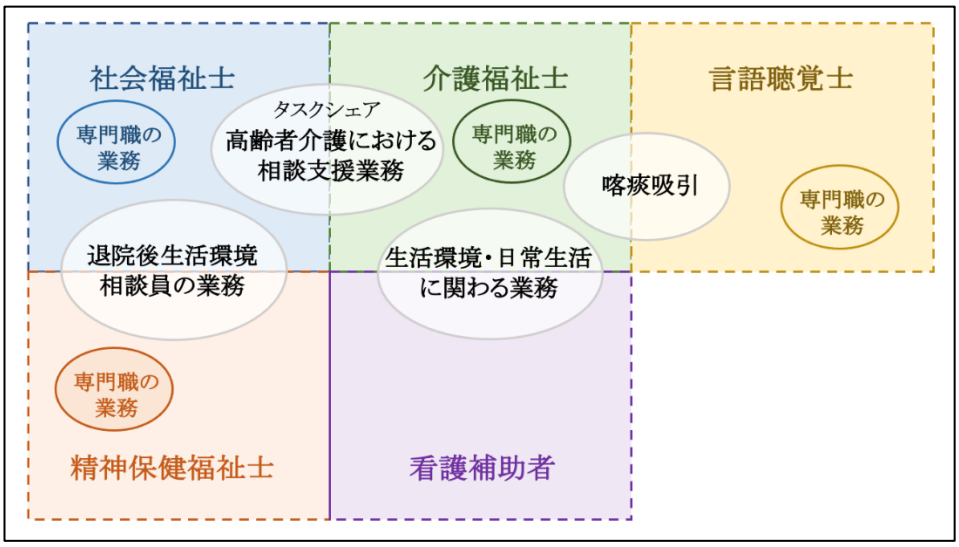
	在宅サービス業務	
	介護職	看護補助者
周辺業務／生活援助／生活環境に関わる業務	・ サービス準備等:環境整備／換気、室温・日あたりの調整等 ・ 掃除・洗濯 ・ ベッドメイク:利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等 ・ 衣類の整理・被服の補修など	・ 病床及び病床周辺の清掃・整頓:ベッド周囲の清掃、整頓、洗浄、消毒、交換、点検(ベッド柵、吸引器、酸素のボトル) ・ シーツ交換やベッドメーキング(退院後、空床、離床可能な人) ・ リネン類の管理:寝具・リネン類の請求、補充、整理整頓;汚染した寝具・リネン類の片付け
直接ケア／身体介護／日常生活に関わる業務	・ 一般的な調理、配下膳 ・ 排泄介助:排泄介助(おむつ交換など) ・ 食事介助 ・ 清拭・入浴、身体整容・更衣介助 ・ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助 ・ 起床及び就寝介助 ・ 服薬介助 ・ 自立生活支援のための見守り的援助など	・ 入院、検査、病棟移動のための搬送 ・ 見守り ・ 食事介助 ・ シャワー、入浴介助 ・ 洗髪 ・ 手浴、足浴 ・ 温罨法、冷罨法 ・ 洗面と整容 ・ 清拭 ・ 寝衣交換、おむつ交換 ・ 体位交換 ・ 配下膳など

出典:厚生労働省『第 142 回 社保審介護給付費分科会 参考資料 1』「訪問介護及び訪問入浴介護」, p.2 および公益社団法人日本看護協会『2021 年度改訂版看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド』, pp.44-45 に基づき作成。

表 5:介護福祉士、言語聴覚士による喀痰吸引

言語聴覚士	介護福祉士
言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が 必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである[3]。	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行為を実施できることとする[4]。

図 1:福祉職間のタスクシェア・シフトの概略



参考文献

[1] 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会, 2019,「精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員実践ガイドライン」(https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/201903-guideline.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。

[2] 公益社団法人日本看護協会, 2021,「2021 年度改訂版看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」(https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/way_of_nursing_service.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。

[3] 厚生労働省, 2010,「チーム医療の推進について(第1回チーム医療推進会議 参考資料1)」(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6g.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。

[4] 厚生労働省, 2011,「H23 年度 介護サービスの基盤強化のための介護保険等の一部を改正する法律の概要」(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-4.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。

[5] 厚生労働省, 2014,「社会福祉士について(第 6 回福祉人材確保対策検討会 資料1)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/1.shiryo_1.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[6] 厚生労働省, 2015,「退院後生活環境相談員養成研修テキスト(平成 26 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修)」(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000096969.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[7] 厚生労働省, 2017,「訪問介護の報酬・基準について(第 149 回社保審介護給付費分科会 資料 1)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000183149.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[8] 厚生労働省, 2018,「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[9] 厚生労働省, 2020,「各介護サービスについて(第 176 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料 2)」(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608309.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[10] 厚生労働省, 2020,「求められる精神保健福祉士の役割について(第 5 回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 参考資料 1)」(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0929-10b.pdf、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[11] 中山幸代, 2007,「介護福祉学:関連領域との共通性と介護福祉の固有性」『田園調布学院大学紀要』2: 97-112.
[12] 社会福祉法人 全国社会福祉協議会,「言語聴覚士の仕事」(https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/setsumei/08.html、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[13] 社会福祉法人 全国社会福祉協議会,「介護福祉士の仕事」(https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/setsumei/02.html、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[14] 社会福祉法人 全国社会福祉協議会,「精神保健福祉士の仕事」(https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/setsumei/03.html、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[15] 社会福祉法人 全国社会福祉協議会,「社会福祉士の仕事」(https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/setsumei/01.html、2023 年 5 月 22 日最終確認)。
[16] 矢田浩紀・安部博史・大達亮・岩永靖・山根俊恵, 2016,「精神保健福祉士の職業性ストレス研究に関する現状と今後の展望」『日本衛生学雑誌』71(1): 47-54.

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

専門職間の需給推計方法について

研究代表者 堀真奈美（東海大学健康学部 教授）
研究協力者 小金澤圭吾（慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 後期博士課程）

1. 研究目的

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野の人材を量的・質的に確保することが重要な課題となっている。また地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、専門職種ごとの縦割りの対応では限界を迎えつつある。このような事情に応えるために複数の福祉専門分野に精通し、保健医療等も含む隣接領域とも補完・代替的に業務連携できるような人材が求められている。このような人材の量的確保を進める上で、保健医療福祉職ごとの具体的な目標人数を設定する必要があり、将来の需給状況の把握が必要となる。本研究の目的は、保健医療福祉分野の需要供給推計（以下、需給推計と表記）の先行研究を整理し、複数資格保有者やタスクシェア・タスクシフトを踏まえた需給推計の手法を検討し、その手がかりを得ることである。

2. 研究方法

本研究では、厚生労働科学研究成果データベースを用いて、保健医療福祉職の需給推計の文献調査を実施した。本データベースでは、1997 年度の厚生労働科学研究の研究報告書から収載しているため、本研究では、1997 年度から 2021 年度までの保健医療福祉職の需給推計に関する先行研究を調査し、整理した。公開されている研究報告書全文を可能な限り入手し、文献調査を行ったが、研究報告書全文が非公開の研究に関しては、データベースに登録されている研究報告書概要から、調査を行った。保健医療福祉職の需給推計に関する研究の文献は、管見の限りで 55 件あった。研究の内訳[1]は表 1 の通りである。

[1] 幾つかの文献は、厚生労働科学研究の題目と研究内容が一致していなかったため、研究報告書全文を可能な限り確認し、研究内容に基づき、研究の内訳を整理した。

分野	需給推計の対象職種	件数(計 55 件)
医療 (32 件)	医師	14 件
	看護職員	7 件
	助産師	1 件
	救急救命士	3 件
	医療従事者	1 件
	在宅医療	1 件
	災害医療	1 件
	患者	4 件
歯科医療 (11 件)	歯科医師	3 件
	歯科衛生士	1 件
	歯科技工士	2 件
	歯科医療従事者	2 件
	歯科保健医療	3 件
その他 (12 件)	理学療法士・作業療法士	3 件
	医療・福祉人材	3 件
	薬剤師	3 件
	医療・介護	3 件

表1:保健医療福祉職の需給推計に関する先行研究の内訳(1997 年度―2021 年度)

出典:厚生労働科学研究データベース (https://mhlw-grants.niph.go.jp/)に基づき、作成。最終アクセス日は、2022 年 9 月 10 日。

3. 研究結果

1997 年度から 2021 年度までの厚生労働科学研究において研究されてきた、保健医療福祉職の需給推計の手法について、整理した。

① 需要推計の手法

保健医療福祉職の需要推計の手法は、主に 6 つあった。1つ目の手法は、現在の専門職種需要に将来の人口推計を乗じることで、将来の専門職種需要数を算出する手法である。森本ほか(1997)による歯科医師の需要推計の研究では、当時の歯科医療の受療率に対し、推計人口を乗じることで、将来の歯科医師需要数を算出していた[19]。

需要推計の手法 I

将来の専門職種需要数

＝ 現在の専門職種需要(受療率等) × 将来の人口推計

2つ目の手法は、各専門職の現在の職域に加え、将来の職域も想定し、現在の職域と将来の職域をそれ

ぞれ推計して、足し合わせる手法である。

需要推計の手法Ⅱ
将来の専門職種需要数
＝ (現在の職域)将来の専門職種需要数 ＋ (将来の職域)将来の専門職種需要数
＝ (現在の専門職種需要 × 将来の人口推計) ＋(将来の職域)将来の専門職種需要数

信川(1997a, 1998)による救急救命士の需要推計では、現在の職域に基づく将来需要と、将来の職域を想定した将来需要に切り分けてそれぞれ推計し、足し合わせることで将来の救急救命士需要数を推計していた。年間救急車総出動回数は、火災発生件数、交通事故発生件数、傷害事件発生件数、入院と外来患者数、乳幼児人口、高齢者人口、45 歳以上 65 歳未満人口、病院数などから算出していた。また社会的要請による将来的な需要数[2]は、福祉施設需要、航空輸送需要、大規模商業施設需要などから算出していた[15, 17]。

救急救命士の需要者数の決定式(信川, 1998)
救急救命士の需要者数
＝ (救急車の総出動回数 × 搭乗救急救命士数 × 勤務交代数
÷ 救急救命士の年平均出動回数) ＋ 社会的要請による将来的な需要数

3つ目の手法は、1つ目の手法の「現在の専門職種需要」を精緻化し、固定法と回帰法で場合分けして推計する手法である。固定法とは、最新の数値を今後も継続すると想定し、固定して推計する手法のことで、回帰法とは、過去のデータから回帰式を算出し推計する手法のことである。大島ほか(2010, 2011)による患者数の将来推計では、特定の年度の有病率を固定して推計したものと、1983 年から 2008 年までのデータを対数回帰して推計したもので、分けて分析していた[5, 6]。また藤田ほか(2014)は、必要医師数の推計を 2 段階に分けており、まず患者からの需要を満たせる医師労働力を算出し、次に医師の働き方を考慮して、医師労働力から医師養成数の算出を試みている。既存研究では、将来の医療受療率は一定とされてきたが、藤田ほか(2014)の研究では、医療受療率のトレンドを考慮し、固定法と回帰法から、3 つの受療率のシナリオ[3]を設定して、患者数や医師数を推計していた[18]。

需要推計の手法Ⅲ
将来の専門職種従事者需要数
＝ 現在の専門職種需要(受療率等) × 将来の人口推計

---

[2] 社会的要請による将来的な需要とは、救急救命士が将来的に、社会の中で活躍の場が広がることを想定した際の新たな需要のことである。

[3] シナリオ1は、「現状の性・年齢階級別の受療率(都道府県々)が、将来にわたって一定」と設定しており、固定法を使っている。シナリオ2は、「将来の性・年齢階級別(都道府県別)の受療率は、過去(1999 年から 2011 年)の性別・年齢階級別(都道府県別)の受療率の推移(トレンド)の影響を受ける」と設定しており、回帰法を使っている。シナリオ3は、「将来の性・年齢階級別(都道府県別)の受療率は、過去(1999 年から 2011 年)の性別(都道府県別)の受療率の推移の影響を受ける(年齢階級別の調整は行わない)」と設定しており、回帰法を使っている。

「現在の専門職種従事者需要数」を分解し、受療率や有病率等を
　固定法（最新の数値を固定して推計）
or 回帰法（過去データから回帰式を算出し推計）
を使って算出し、需要数を推計する。

4つ目の手法は、タイムスタディを用いた推計手法である。清水ほか(2010)によると、タイムスタディとは、特定の人間の行動とその所要時間を測定する手法のことで、測定結果は業務量などの評価指標などで用いられている[14]。換言すれば、ある業務の業務量を時間に置き換えることができるため、業務ごとに需要量を算出できる可能性がある。安藤ほか(2009, 2010)は、タイムスタディを使った歯科医療の需給推計に取り組んでいる。この研究では、まず Bradshaw のニーズの分類に基づき、健康ではない状態から、歯科医療を受診するまでの段階的なニーズについて整理している [4]。各ニーズと公表されているデータをリンクし、ニーズの移行を係数で代替し、推計することで、需要推計を算出できるか検討している。その際に、治療内容に注目しており、従来の推計手法が治療内容に対応していないことを指摘している。この研究では、疾患別で治療内容ごとにタイムスタディによる標準治療時間を設定しており、時間換算したニーズ量と時間換算した供給量の比較によって、需給推計を試行している。結果、疾患量や、問診、インフォームド・コンセント、治療方針など様々な要因によって、治療時間が異なることから、需要の時間換算は難しいと結論づけている[1, 2]。

需要推計の手法Ⅳ(タイムスタディ)
全疾患の治療ニーズ総時間
＝ Σ（各疾患の治療ニーズ総時間）
＝ Σ｛(各疾患の治療回数) × (標準治療時間 (時間/回))｝

5つ目の手法は、既存の全体の需要推計を分解することで、各専門職種の需要を推計する手法である。山本ほか(2019)は、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」[5]で推計された医療・福祉人材の総数を分解することで、医療・福祉の専門職種ごとの需要推計を算出している。菊池ほか(2020)は、課題であったパラメーターの精緻化を図った上で、山本ほか(2019)の手法をもとに、推計を行っている。山本ほか(2019)や、菊池ほか(2020)の指摘の通り、これらの研究を除き、保健医療福祉職の将来推計を行っている研究は、管見の限りで存在しない[7, 20]。

---

[4] 安藤ほか(2009, 2010)は、ニーズや需要と歯科医療を整理し、Normative needs を「歯科医師等専門家による判断・診断に基づくニーズ」、Felt needs を「本人の意思・自覚症状・困りごとに基づくニーズ」、Expressed needs を「歯科に関するサービス利用行動であり、その多くは歯科受診・受療行動」と定義している。Normative needs から、Felt needs へ移行し、最終的に Expressed needs へ移行する。

[5] 「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」は、2018 年に内閣官房、内閣府、財務省、厚生労働省が、「2040 年頃を見据え、社会保障の給付と負担の姿を幅広く共有するための議論の素材」として、提供した資料である。

需要推計の手法Ⅴ（既存の需要推計の分解）

全体推計　＝　Σ｛(各サービスの需要推計)×(サービスごとの専門職種従事者数)｝

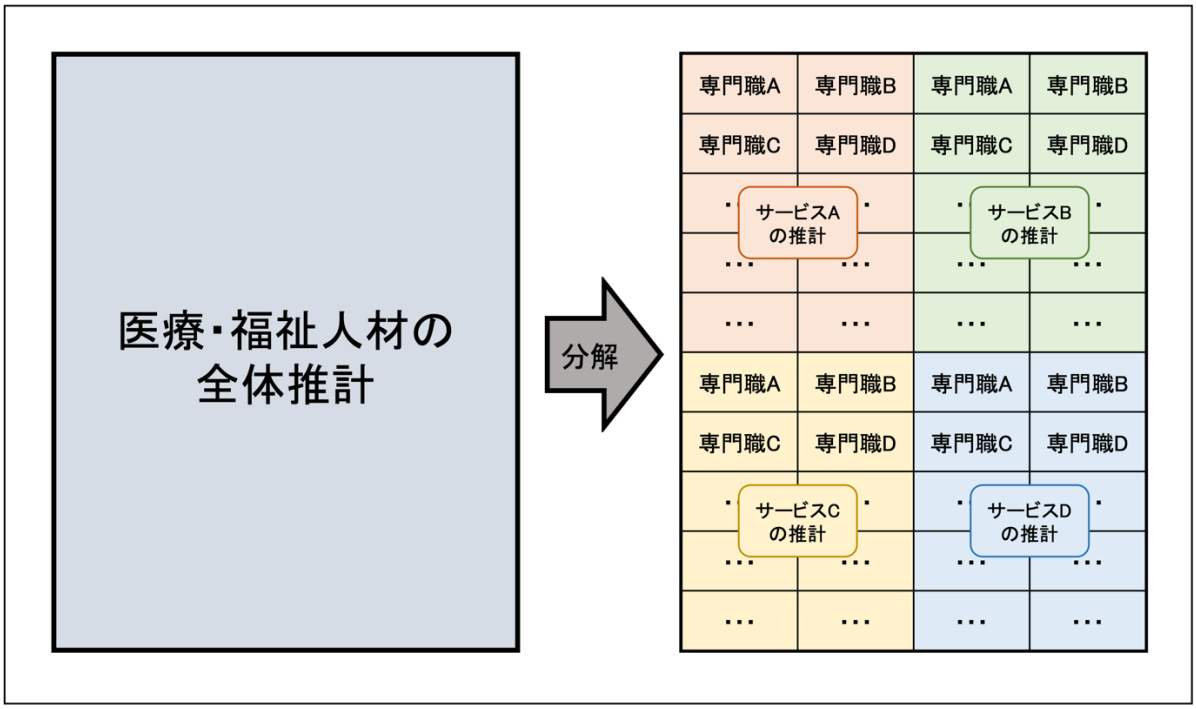


図1：山本ほか(2019)の推計手法のイメージ

出典：山本克也，菊池潤，井上希，加藤久和，川越雅弘，堀田聰子，山田篤裕（2019）「医療・福祉専門職種のマンパワー推計と確保に関する研究」厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業 令和元年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27647 ）に基づき、作成。参照日は、2022 年 8 月 26 日。

6つ目の手法は、聞き取り調査やアンケート調査から、需要を予測する手法である。渡辺ほか(1998)による歯科技工士の需要予測の研究、菊池ほか(2000, 2001)による看護職員の需要予測の研究が、この手法を用いている。歯科技工士の研究では、歯科技工士養成所へのアンケートを実施し、歯科医師数の推移、歯科疾患の傾向も含め、需要を予測していた。また看護職員の研究では、直近の看護職員の就業状況に関するデータを収集の上、聞き取り調査やアンケート調査から需要を予測していた[8, 9, 21]。

需要推計の手法Ⅵ

統計資料(患者数や就業状況調査、有効求人倍率など)や、アンケート調査から、将来の需要を予測する。

② 供給推計の手法

保健医療福祉職の供給推計の手法は、主に4つあった。1つ目の手法は、現在の専門職種供給数を基準に、過去の傾向から、新規参入者を足し合わせ、死亡者やリタイア者を差し引いて算出する手法である。信川(1997a, 1998)による救急救命士、信川(1997b)による理学療法士関連職種、森本ほか(1997)による歯科医師、渡辺ほか(1998)による歯科技工士の供給推計などで用いられていた[15, 16, 17, 19, 21]。

供給推計の手法Ⅰ
将来の専門職種供給数
＝　現在の専門職種供給数　＋　新規参入専門職種供給数　―（死亡数 or リタイア数）

2 つ目の手法は、1つ目の手法の「新規参入専門職種供給数」、「死亡数」、「リタイア数」を精緻化し、固定法と回帰法で場合分けして推計する手法である。大島ほか(2011)による女性医師の供給推計では、医学部入学定員について男女比を固定して推計したものと、過去のデータから回帰的に男女比を算出し推計したもので、分けて分析していた[6]。

また医師、理学療法士、作業療法士の最新の推計では、「新規参入専門職種供給数」を入学定員、受験率、合格率、再試験率などから算出しており、また専門職種供給数に性別・年齢階級別の就業率などを乗じることで、精緻化が図れられている[10, 12, 13]。

供給推計の手法Ⅱ
将来の専門職種従事者需要数
＝　現在の専門職種供給数　＋　新規参入専門職種供給数　―（死亡数 or リタイア数）

「新規参入専門職種供給数」、「死亡数」、「リタイア数」を
　固定法（最新の数値で固定して推計）
or 回帰法（過去データから回帰式を算出し推計）
を使って算出し、供給数を推計する。

「新規参入専門職種供給数」を入学定員、受験率、合格率、再試験率などから算出し、専門職種供給数に性別・年齢階級別の就業率などを乗じることで精緻化が図られている。

3 つ目の手法は、多相生命表の原理を応用し、所属の移動状況から移行率を算出し、推計する手法である。今村ほか(2008, 2009)が行った医師の供給推計では、医籍登録番号の縦断的データを用いて、医籍登録した医師の生存率や移動率を算出し、診療科や勤務先や勤務種別ごとの将来の医師数について、コホート要因法で推計していた。今村ほか(2009)による、医師の勤務種別の供給推計を参考に具体的に説明する。まず医師の医籍登録後の勤務状況[6]について、医籍登録番号を用い、縦断的にデータ(医師・歯科医師・薬剤師調査のデータ)を結合することで、医師の勤務状況の変化を捉える。次に医籍登録後年数別で所属の移動確率や無届移行確率を算出して、移行率を設定する。最後に、この移行率に基づき新規医籍登録者を加算し、死亡者やリタイア者を減算して、コホート要因を用いることで将来推計を行う。この手法を使えば、診療科別や施設別など、さまざまな切り口から専門職種の将来推計を行うことができる。

この手法の限界として、4つあげている。①特定の専門職のキャリアパスが今後変化した場合、全体の推計結果に影響を与える可能性があること、②医師・歯科医師・薬剤師調査の届出率は約 9 割で、各年度の

[6]「医育機関」、「その他病院」、「診療所」、「無届」で勤務種別に推計している。

無届割合の影響が移行率に影響を与えている可能性があること、③この推計手法は医師の頭数から推計しており、実際の勤務形態や勤務時間が反映されていないこと、④今後の医療技術の進歩や専門職種の職域の見直しが起これば、需給に大きな変化が起きることをあげている[3, 4]。

供給推計の手法Ⅲ（多相生命表の応用）

ここでは、今村ほか（2008）の診療科別の推計を例に、手法をまとめる。

① 所属を設定し、縦断的にデータを整理

推計したい専門職種の所属や状態を設定する。（内科医、小児科医、精神科医、外科医、産婦人科医、その他医、無届の7つの状態を設定。）その後、縦断的に接続可能なデータ（医籍登録番号のデータなど）を用いることで、推計対象の所属状況を捉える。

② 多相生命表の作成

その職種に参入した年（医籍登録後年数）別に、所属の移動確率や無届移行率（リタイアや死亡など）などを男女別に算出し、ある年を基準として多相生命表を作成する。

③ 多相生命表を作成後、コホート要因法を用いて、推計。

多相生命表で作成された生存率や移行率などを一定とし、新規の参入者数を加算し、死亡者やリタイア者を減算して、コホート要因を用いることで、専門職種の供給数（頭数）を所属ごとや状態ごと（診療科ごと）に推計できる。

4つ目の手法は、聞き取り調査やアンケート調査から、供給を予測する手法である。この研究では、アンケートを実施し、看護職員における現場の充足感や就業状態等の現状を捉えることで、将来の看護職員の供給状況を予測していた[9]。

供給推計の手法Ⅳ

統計資料や、アンケート調査（現場の充足感や、就業実態など）から、将来の需要を予測する。

4. 考察

厚生労働科学研究における保健医療福祉職の需給推計に関する研究の文献について、管見の限り調査し、6 つの需要推計手法と、4 つの供給推計手法について、整理を行った。いずれの需給推計の手法も、各専門職種の単一資格保有者を前提とした推計手法であることが明らかとなった。業務独占資格である医師や歯科医師、看護師、また名称独占資格であっても経験的に職域が定まっている理学療法士や作業療法士などは、代替可能な数値に基づき、既存の手法を用いて需給推計が可能であった。一方、職域が定まっていない名称独占資格の介護福祉士や社会福祉士、精神保健福祉士などは、既存の手法による供給推計は可能であるが、需要推計は専門資格と各業務の紐付け（職域の確定）がない限り、推計は困難であることが明らかとなった。（図2参照）

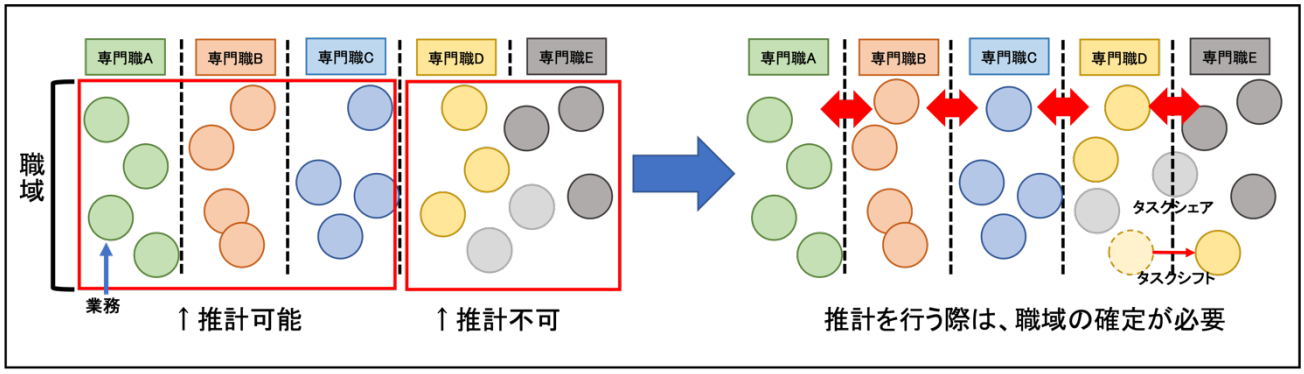
今後、拡大していくタスクシェア・タスクシフトは、独占されていない業務から行われていくことが予想される

ため[7]、名称独占資格の需要推計は更に困難となる。特に職域が確定しない福祉分野では、専門資格保有者の需要推計ではなく、社会全体の需要を推計し、それらに対応できる人材の供給を正確にする推計する方が合理的ではないだろうか。非独占の業務を担っているのは、無資格者、単一資格保有者、複数資格保有者であり、これまでの供給推計では、無資格者や複数資格保有者の労働生産性や就労実態が反映されていない。社会全体の需要に対する供給推計と、非独占で専門性の高い業務の需要に対する供給推計に分けて推計することで、精緻化を図ることができるか、今後検討したい。

5. 結論

文献調査の結果から、厚生労働科学研究における需給推計の手法について、6 つの需要推計手法と、4 つの供給推計手法に整理された。業務独占資格や経験的に職域が定まっている名称独占資格では、代替可能な数値に基づき、需給推計が可能であった。一方、職域が定まっていない名称独占資格は、供給推計は可能であるが、需要推計は困難であった。これまでの供給推計は、単一資格保有者を前提としているが、無資格者や複数資格保有者の労働生産性への影響や就労実態を反映させることで、供給推計の精緻化を図る必要がある。

図2:職域の確定と推計可否の概略図



[7] 先行して医師のタスクシェア・タスクシフトが推進されている。「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会　議論の整理」によると、「現行制度の下で実施可能な業務」、「現行制度で実施可能か明確に示されていない業務」、「現行制度では実施できない業務（実施するためには法令改正が必要な業務）」の内、「現行制度の下で実施可能な業務」からタスクシェア・タスクシフトを推進していくと整理している。独占されていない業務を優先的に、タスクシェア・タスクシフトしていくことを明言している[11]。

表2:保健医療福祉職の需要推計の手法

需要推計の手法Ⅰ

将来の専門職種需要数

＝　現在の専門職種需要(受療率等)　×　将来の人口推計

需要推計の手法Ⅱ

将来の専門職種需要数

＝　(現在の職域)将来の専門職種需要数　＋　(将来の職域)将来の専門職種需要数

＝　(　現在の専門職種需要　×　将来の人口推計　)　＋(将来の職域)将来の専門職種需要数

需要推計の手法Ⅲ

将来の専門職種従事者需要数

＝　現在の専門職種需要(受療率等)　×　将来の人口推計

「現在の専門職種従事者需要数」を分解し、受療率や有病率等を

　固定法（最新の数値を固定して推計）

or 回帰法（過去データから回帰式を算出し推計）

を使って算出し、需要数を推計する。

需要推計の手法Ⅳ(タイムスタディ)

全疾患の治療ニーズ総時間

＝　Σ　(各疾患の治療ニーズ総時間)

＝　Σ　{(各疾患の治療回数)　×　(標準治療時間　(時間/回))}

需要推計の手法Ⅴ　(既存の需要推計の分解)

全体推計　＝　Σ　{(各サービスの需要推計)×(サービスごとの専門職種従事者数)}

需要推計の手法Ⅵ

統計資料(患者数や就業状況調査、有効求人倍率など)や、アンケート調査から、将来の需要を予測する。

出典:厚生労働科学研究データベース（ https://mhlw-grants.niph.go.jp/)に基づき、作成。最終アクセス日は、2022 年 9 月 10 日。

表3:保健医療福祉職の供給推計の手法

供給推計の手法Ⅰ

将来の専門職種供給数

＝　現在の専門職種供給数　＋　新規参入専門職種供給数　―（死亡数 or リタイア数）

供給推計の手法Ⅱ

将来の専門職種従事者需要数

＝　現在の専門職種供給数　＋　新規参入専門職種供給数　―（死亡数 or リタイア数）

「新規参入専門職種供給数」、「死亡数」、「リタイア数」を

　固定法（最新の数値で固定して推計）

or 回帰法（過去データから回帰式を算出し推計）

を使って算出し、供給数を推計する。

「新規参入専門職種供給数」を入学定員、受験率、合格率、再試験率などから算出し、専門職種供給数に性別・年齢階級別の就業率などを乗じることで精緻化がされている。

供給推計の手法Ⅲ（多相生命表の応用）

ここでは、今村ほか（2008）の診療科別の推計を例に、手法をまとめる。

① 所属を設定し、縦断的にデータを整理

推計したい専門職種の所属や状態を設定する。（内科医、小児科医、精神科医、外科医、産婦人科医、その他医、無届の7つの状態を設定。）その後、縦断的に接続可能なデータ（医籍登録番号のデータなど）を用いることで、推計対象の所属状況を捉える。

② 多相生命表の作成

その職種に参入した年（医籍登録後年数）別に、所属の移動確率や無届移行率（リタイアや死亡など）などを男女別に算出し、ある年を基準として多相生命表を作成する。

③ 多相生命表を作成後、コホート要因法を用いて、推計。

多相生命表で作成された生存率や移行率などを一定とし、新規の参入者数を加算し、死亡者やリタイア者を減算して、コホート要因を用いることで、専門職種の供給数（頭数）を所属ごとや状態ごと（診療科ごと）に推計できる。

供給推計の手法Ⅳ

統計資料や、アンケート調査（現場の充足感や、就業実態など）から、将来の需要を予測する。

出典:厚生労働科学研究データベース（ https://mhlw-grants.niph.go.jp/ ）に基づき、作成。最終アクセス日は、2022 年 9 月 10 日。

6. 参考文献

厚生労働科学研究は、報告書の発行年月が明らかではないため、研究年度で統一している。

[1] 安藤雄一，大内章嗣，深井穫博（2009）「歯科疾患等の需要予測および患者等の需要に基づく適正な歯科医師数に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 21 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/17369 ）参照 2022 年 8 月 26 日

[2] 安藤雄一，大内章嗣，深井穫博（2010）「歯科疾患等の需要予測および患者等の需要に基づく適正な歯科医師数に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 22 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/18869 ）参照 2022 年 8 月 26 日

[3] 今村知明，小池創一，児玉知子，井出博生，康永秀生（2008）「医師のキャリアパスを踏まえた地域偏在等の動態分析および医師需給の適正化に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 20 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/15811）参照 2022 年 8 月 26 日

[4] 今村知明，小池創一，児玉知子，井出博生，康永秀生（2009）「医師のキャリアパスを踏まえた地域偏在等の動態分析および医師需給の適正化に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 21 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/17337 ）参照 2022 年 8 月 26 日

[5] 大島伸一，長谷川敏彦，長谷川友紀，平尾智広，清水佐知子，吉川徹，荒木葉子，松本邦愛，小塩篤史（2010）「高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 22 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/18867 ）参照 2022 年 8 月 26 日

[6] 大島伸一，長谷川敏彦，長谷川友紀，平尾智広，清水佐知子，吉川徹，小塩篤史，荒木葉子，松本邦愛（2011）「新たな概念に基づく超高齢社会の医師需給の研究」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究 地域医療基盤開発推進研究，平成 23 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/20435）参照 2022 年 8 月 26 日

[7] 菊池潤，井上希，斎藤知洋，佐藤格，川越雅弘，小野太一，堀田聰子，山田篤裕（2020）「医療・福祉専門職種の人材確保のための需給両面から見たマンパワー推計に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究(政策科学推進研究)，令和 2 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/145416 ） 参照 2022 年 8 月 26 日

[8] 菊池令子，奥村元子，平山登志夫，牧子智恵子，楠本万里子，藤田和夫，金澤朋広，鈴木理恵，玉木健太郎，瀬口弥生，橋本美穂（2000）「看護職員需給予測と民間中小病院における看護職員確保に関する研究(総括研究報告書)」 厚生科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業 平成 12 年度総括報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/5013) 参照 2022 年 7 月 29 日

[9] 菊池令子，奥村元子，玉木健太郎，平山登志夫，牧子智恵子，楠本万里子，藤田和夫，金澤朋広，鈴木理恵，瀬口弥生，橋本美穂（2001）「看護職員需給予測と中小病院における看護職員確保に関する研究(総括研究報告書)」 厚生科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業 平成 13 年度総括報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/6244) 参照 2022 年 7 月 29 日

[10]厚生労働省（2016）「理学療法士・作業療法士の需給推計について」
(https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499144.pdf) 参照 2022 年 6 月 29 日

[11]厚生労働省（2020）「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会議論の整理」
(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720006.pdf) 参照 2022 年 6 月 29 日

[12]厚生労働省（2020）「令和 2 年医師需給推計の結果」
(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665176.pdf) 参照 2022 年 6 月 29 日

[13]厚生労働省（2020）「令和 4 年度以降の医師養成数の検討及び医師需給推計の方法」
(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607153.pdf) 参照 2022 年 6 月 29 日

[14]清水佐知子，大野ゆう子， 岩佐真也，冨澤理恵，尾島裕子，林剣煌，坂田奈津美，大西喜一郎（2010）「タイムスタディ研究の進展 ―タイムスタディによる看護業務の観測と構造化―」『看護研究』第 43 巻，第 7 号，pp.551-557.

[15]信川益明（1997a）「救急救命士の需給に関する研究」厚生科学研究費補助金 行政政策研究分野 健康政策調査研究事業 平成 9 年度総括報告書，厚生労働科学成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/1366) 参照 2022 年 7 月 29 日

[16]信川益明（1997b）「理学療法士等リハビリテーション関連職種の就業の実態と今後の需給予測」厚生科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生行政科学研究事業 平成 9 年度総括報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/1076) 参照 2022 年 7 月 29 日

[17]信川益明（1998）「救急救命士の需給に関する研究」厚生科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業 平成 10 年度総括報告書，厚生労働科学成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/2857) 参照 2022 年 7 月 29 日

[18]藤田伸輔，竹内公一，井出博生，土井俊祐，竹内公一，小林美亜，橋本英樹（2014）「医療需要および医師供給に対する多変量推計モデル」厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究，平成 26 年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/24457) 参照 2022 年 8 月 26 日

[19]森本基，宮武光吉，雫石聰，川渕孝一（1997）「歯科医師需給の予測に関する研究」厚生科学研究費補助金 行政政策研究分野 健康政策調査研究事業 平成 9 年度総括報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/1372) 参照 2022 年 7 月 29 日
[20]山本克也，菊池潤，井上希，加藤久和，川越雅弘，堀田聰子，山田篤裕（2019）「医療・福祉専門職種のマンパワー推計と確保に関する研究」厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業 令和元年度総括・分担報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27647) 参照 2022 年 8 月 26 日
[21]渡辺嘉一，兵藤英昭，中西茂昭，石綿勝（1998）「歯科技工士の需給及び養成に関する研究」厚生科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業 平成 10 年度総括報告書，厚生労働科学研究成果データベース
(https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/2862) 参照 2022 年 7 月 29 日

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

資格取得のモチベーションについて

堀真奈美（研究代表者、東海大学健康学部　教授）
黄辰悦（研究協力者、慶應義塾大学大学院　政策・メディア研究科　後期博士課程）

1. はじめに

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉人材確保およびサービスの質の向上が重要である。地域の特性に応じた包括的な対応が求められている福祉分野では、多職種連携やタスクシェア・シフトにおいて横断的な視点に立ち、複数の役割を担える福祉人材が求められている。このような状況下において、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材を確保することが大きな意味を持っている。

2. 研究目的

本研究の目的は、文献調査を通じて、福祉分野における複数資格の取得することに対するモチベーションに関連する要因を解明し、複数資格取得後の満足度・複数資格取得によるサービスの質向上に関する洞察を得ることである。

3. 複数資格の検討経緯

(1) 導入の背景・目的

少子高齢化の進行による福祉現場の人材不足が進むなかで、複数の資格を保有し、保健医療等も含む隣接領域の業務を補完的・代替的に遂行できる福祉人材の確保に向けて取り組む必要が一層高まっている。このような状況下で、フィンランドでは社会・保健医療ケアの共通基礎資格であるラヒホイタヤが導入されている。

ラヒホイタヤとは、保健医療分野と社会サービス分野の日常ケアに関する、さまざまな中卒レベル資格を一体化し、一つの社会・保健医療基礎資格としたもの[23]である。ラヒホイタヤの資格の特徴として、柔軟性（複数の業務を一人の人間が従事できる）、多分野性（あらゆるケアワークに従事できる）と労働市場内移動による長期的な仕事継続[23]等が挙げられる。

福祉分野における人材確保とサービスの質向上等の課題への対応が求められている日本においても、ラヒホイタヤのように複数の役割を担える人材の創出によるサービスの質向上や、労働市場内移動による離職防止を図っていくことが求められる。

(2) 推進状況

2012 年に開催された介護職員の処遇改善等に関する懇談会では、ラヒホイタヤのような保健医療福祉の共通基礎資格の導入に向けた新たな取り組みが必要であるという意見があった[16]。その後、一人の人材

が複数の資格を取得しやすくするための共通の基礎課程創設を目指した取り組みが検討されるようになった[17]。

4. 研究方法

本研究では、福祉分野における複数資格の取得することに対するモチベーション、複数資格取得後の満足度、複数資格取得によるサービスの質向上に関する文献調査を行った。

文献調査は探索的段階と実行段階に分けられており、探索的段階では、適切なキーワードを選択するために文献調査を行った。その結果、2 種類以上の資格を保有することに関して、「複数資格」のほか、「ダブルライセンス」や「トリプルライセンス」といった用語が使われていることがわかった。また、複数資格取得のモチベーションはトランスディシプリナリー・モデルを用いて説明できることが示された。したがって、実行段階では、Google Scholar および J-STAGE といったデータベースを利用し、上記のキーワードを含めて文献調査を行った（表 1）。主な調査項目は、①福祉分野における複数資格取得に対するモチベーション、②複数資格取得後の満足度、③複数資格取得によるサービスの質向上である。

5. 研究結果

(1) 福祉分野における複数資格取得に対するモチベーション

複数資格取得のモチベーションとして、「仕事の幅が広がる[18]」・「就職先の幅が広がる[25]」が挙げられている。また、複数資格を持つことで、置かれた環境や立場に合わせた職種転換ができるため[25]、視点の転換によってバーンアウトを予防できる可能性があると考えられる。さらに、職種転換によって福祉分野内の人材移動が促進され、福祉現場から複数の資格を保有している人材が離脱しないといった利点も生み出している。「仕事の幅が広がる」のほか、「取得できるなら取っておきたい」、「勉強したことが役立つ」[18]等が複数資格取得のモチベーションとして挙げられている（表 2）。

西川・筒井（2008）は通信制の社会福祉士養成校の受講生を対象にアンケート調査を行った結果、社会福祉事業従事者の 8 割はすでに何らかの保健・福祉関係の資格（介護福祉士で介護支援専門員、看護師で介護支援専門員、看護師で介護福祉士等）を取得しており、その上で第二・第三の専門資格として社会福祉士の取得を希望していることが明らかになった。また、すでに看護師や介護福祉士の資格を取得している者の中で、年齢が上がるほど社会福祉士の資格の取得を希望する者が多いことがわかった[20]。藤原（2015）によると、大学の介護福祉士養成課程に進学した理由として、「社会福祉士と介護福祉士の両方の資格が取得できる」が挙げられている[12]。

一方、福祉施設等が複数資格取得への態度に関して、福祉施設の規模によって、複数資格の取得支援に対する態度が異なることが文献調査によって明らかになった（例えば、大規模なこども園ほど、従業員に保育士とスクールソーシャルワーカーの両方を取得することを求めていない）[27]。

(2) 複数資格取得後の満足度

福祉分野では、仕事へのモチベーションに影響を与える要因として、専門職アイデンティティ[13]、自己学習[22]、キャリア開発[11, 22, 26, 28]等が挙げられているが、現在では、複数資格の保有も議論に加われるようになった。

森・壬生（2020）は、4 年制大学において介護福祉士・社会福祉士の養成課程を修了した後、福祉専門職

として従事している者に対してインタビュー調査を行った結果、介護福祉士と社会福祉士の資格の両方を取得して良かったと思うこととして、介護福祉職からは「情報の伝え方の工夫」、「制度の理解」、「複数の視点」、「仕事の幅や職場の選択肢が広がる」、「賞与に反映」等が挙げられた。一方、介護福祉士の業務を遂行する際に、社会福祉士の資格を十分に活かせていないとの意見もあった。また、相談職からは「専門用語の理解」、「施設の理解」、「利用者の生活状況の理解」、「他職種・ケアマネジャーなどが好意的」、「信頼が得られやすい」等が挙げられ[18]、複数資格の取得によって多職種が連携しやすくなったとの意見があった。

(3) 複数資格取得によるサービスの質向上(トランスディシプリナリー・モデルによる説明)

包括的な対応が求められている福祉分野では、役割の流動化による専門知識の統合に伴い、各専門分野を超えた知識・技術を学び、福祉職間の専門性を共有することが重要である。また、複数の資格を保有している専門職による連携は、福祉サービスの質向上にもつながると考える。したがって、本節では、トランスディシプリナリー・モデルを用いて、多職種連携において、複数資格の保有がサービスの質に与える影響を検討する。

① トランスディシプリナリー・モデルの定義・特徴

トランスディシプリナリー・モデルとは、各専門職がチームの中で果たすべき役割を横断的に共有した機能方法である[14](表 3)。トランスディシプリナリー・モデルは役割の開放性、相互依存性、平等性、役割共有・責任共有[10, 14, 21]などといった特徴を持っているため、各職域を超えて多職種間のコミュニケーション、相互作用や協働を促進することができる(表 4)。

② 福祉分野にけるトランスディシプリナリー・モデルの適用

福祉サービス分野においては多職種連携が必須であり、インターディシプリナリー・モデル(各専門職が協働・連携してチームの中で果たすべき役割を分担した機能方法[14])が主に用いられている。しかしながら、少子高齢化の進行等によって生産年齢人口が減少し、福祉現場における人材不足が見込まれる中で、福祉サービスにおける多職種連携はインターディシプリナリー・モデルからトランスディシプリナリー・モデルへ移行するする必要があると思われる。

木村ら(2013)は、高齢者心疾患患者への地域生活支援を推進するためには協働レベル(専門職がそれぞれの役割を果たす)にとどまらず、専門職の範囲を超えたトランスディシプリナリー連携の在り方が求められると示唆している[15]。また、専門職が不足している場合、地域で不足している社会資源を有効に活用するためには、トランスディシプリナリー・モデルの適用が有効であることが文献調査によって明らかになった[4, 21]。

したがって、福祉分野では、トランスディシプリナリー・モデルに基づき、専門職としての知識・技術を強化すると同時に専門性を職種間で共有することが重要であると考える。

③ 複数資格取得がサービスの質に与える影響

安藤(2011)は、専門職の知識・価値・目標等の違いによって認知的枠組みが異なり、専門職間に葛藤をもたらす可能性があるため、専門職の差異による障壁を克服するには、他の専門職の価値等についての理解を深め、相互に承認・受容して言語の共有化を図るなど、 コミュニケーションの方法を確立する必要があ

ると示唆している[10]。Molyneux（2001）は、チームメンバーがうまく進んでいると感じているときには、「役割曖昧化」あるいは「専門職境界超え」といった現象が起きていると示唆している（副田，2016 訳）[5, 24]。また、多職種から構成されるチームのメンバーが、他専門職との共通性を認識し、満足感や自己肯定感をもつ場合は、内集団に対して肯定的態度や感情になることが示されている[5, 24]。

したがって、福祉分野における多職種連携にトランスディシプリナリー・モデルを適用することで、言語の共有化によって多職種間の共通性に対する認識が促進され、サービスの質向上につながると考えられる。

6. 考察

本研究は、文献調査を通じて、福祉分野における複数資格の取得することに対するモチベーションに関連する要因を解明し、複数資格取得後の満足度・複数資格取得によるサービスの質向上に関する洞察を得るために文献調査を行った。3つの調査課題に関する考察は次のとおりである。

(1) 福祉分野における複数資格取得に対するモチベーション

複数資格の取得は仕事に対するモチベーション向上につながる一方、複数資格を求めていない施設が存在し、また、複数の資格を保有しても活用できない場合もあることが指摘されている。

(2) 複数資格取得後の満足度

複数資格取得後、職種転換によって仕事に対して満足している人が多く、横断的な視点を得ることで他職種と円滑な連携ができることが複数の研究により報告されている。一方で、複数資格を保有しているにも関わらず、福祉の現場では単一資格しか十分に活かせない可能性も指摘されている。

(3) 複数資格取得によるサービスの質向上

トランスディシプリナリー・モデルの適用によって、福祉職はチームメンバーとしての満足感や自己肯定感をもつことにより、チームに対して肯定的態度・感情を持つことなる。また、チームメンバーが他職種の知識やスキルを使って自由に発言できることから、言語の共有化によって多職種間の共通性に対する認識が促進され、福祉サービスの質向上につながる（図 1）。

7. 結論

専門職間の連携は必然である福祉分野において、人的資源を有効活用し、福祉職のモチベーションを高め、さらに、質の高いサービスを追求するためには、トランスディシプリナリー・モデルに基づく共通基礎課程・複数資格保有人材の育成制度を導入することが求められる一方、複数資格を取得することの意義や必要性について議論する際は、労働条件や労働環境の規定要因（施設の規模、人員配置、業務の内容等）を含める必要があると考える。

表 1:文献調査の方法

データベース	アクセス日	キーワード
Google Scholar	2022/09/29	福祉, 複数資格取得, モチベーション
J-STAGE	2022/09/29	福祉, 複数資格取得, モチベーション
Google Scholar	2022/10/29	資格, モチベーション
J-STAGE	2022/10/29	資格, モチベーション
J-STAGE	2022/11/24	福祉, 複数, 資格, 離職
Google Scholar	2022/11/28	福祉, 複数, 資格, 業務量
Google Scholar	2022/12/19	福祉, ダブルライセンス
J-STAGE	2022/12/19	福祉, ダブルライセンス
Google Scholar	2023/01/23	福祉, トランスディシプリナリー
J-STAGE	2023/01/23	福祉, トランスディシプリナリー

表 2:複数資格取得の動機

取得している資格	取得しようと思った理由
介護福祉士と社会福祉士	取得できるなら取っておきたい[18]
	仕事の幅が広がる[18]
	選択肢が増える[18]
	勉強したことが役立つ[18]
介護福祉士と保育士	就職先の幅の拡大[25]
	環境や立場に合わせて職種転換ができる強み[25]

出典:[18], [25]に基づき作成。

表 3:インターディシプリナリー・モデルとトランスディシプリナリー・モデルの定義

	インターディシプリナリー・モデル	トランスディシプリナリー・モデル
菊池, 1999 [14]	チームに課せられた複雑な、しかし緊急性がなく直接人命に関わることが少ない課題を達成するために、各専門職が協働・連携してチームの中で果たすべき役割を分担した機能方法	チームに課せられた課題を達成するために、各専門職がチームの中で果たすべき役割を、意図的・計画的に専門分野を超えて横断的に共有した機能方法
	インターディシプリナリー教育	トランスディシプリナリー教育
森, 2013 [19]	複数の学問分野を横断的に取り入れた学際教育、科学的知識の習得	コミュニティの枠を超えたセクター横断の教育体制の下での「学び合い」;現実社会の諸課題に即応する実践的教育・人材養成

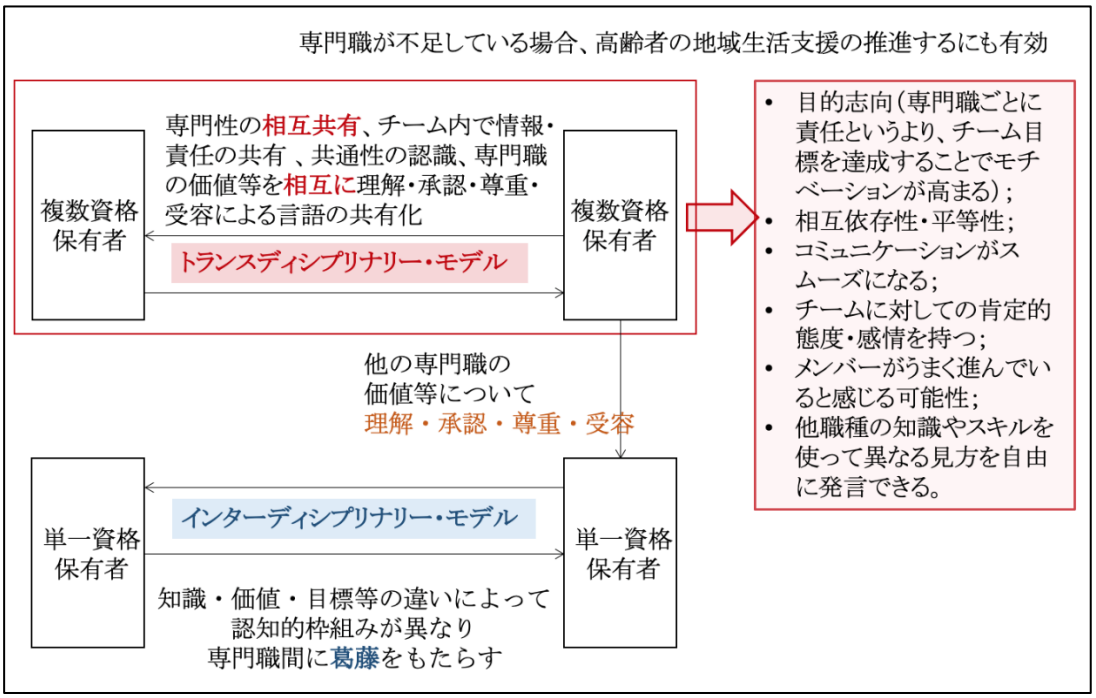
出典:[14], [19]に基づき作成。

表 4:トランスディシプリナリー・モデルの特徴

	トランスディシプリナリー・モデル
吉池・栄, 2009 [29]	・ 役割の開放性:有(役割の代替可能性) ・ 階層性:無(意思決定過程における専門職の知識技術の寄与・相互依存性と平等性)
Andrews, 1990 [1] 安藤, 2011(訳) [10]	・ お互いに他の専門職の知識と技術を吸収した上で包括的サービスが提供される。
King et al., 2005 [4] 佐直, 2010(訳) [21]	・ 専門職間のコミュニケーションと cross-treatment, cross-training, multiskilling を促進する。 ・ チームアプローチによる患者ケアの改善を中核に据え、責任を共有する。
King et al., 1993 [3] 菊池, 1999(訳) [14]	・ 多職種間のコミュニケーションに加えて、各職域を超えて訓練を行う。
Woodruff et al., 1988 [9] 菊池, 1999(訳) [14]	・ 専門の境界をお互い超えるチームを作るため、専門職の境界を克服することを試み、それによってチームメンバー間のコミュニケーション、相互作用、協働を最大限にする。
Wilcox, 1989 [8] 菊池, 1999(訳) [14]	・ 専門分野を超えた関わりと、伝統的な専門職の役割と責任の共有という役割解放の概念を含んでいる。また協同したアセスメントと介入を含んでいる。
Raiff et al., 1993) [7] 菊池, 1999(訳) [14]	・ 構造化されたチーム学習と内部での相談調整を行うことによって、サービス提供をいかに調整するかについての、より広範囲な議論を奨励する。 ・ 役割解放と役割共有という2つの概念を含んでいる。
Hibbert et al., 1994 [2] 菊池, 1999(訳) [14]	・ 目的志向のケアが提供されるので、伝統的な専門職の境界は薄れていく。 ・ アセスメントと援助は通常、援助の領域ごとよりも機能的で自然に行われる。
Mullins et al., 1994 [6] 菊池, 1999(訳) [14]	・ チーム内の専門的な境界が徐々にぼやけてゆく役割解放を含み、個々のメンバーの責任と役割が横断的に共有される。

出典:[1], [2], [3], [4], [6], [7], [8], [9], [10], [14], [21], [29]に基づき作成。

図 1:複数資格取得によるサービスの質向上



参考文献

[1] Andrews, A., 1990, “Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration,” In L. Ginsberg, et al, Encyclopedia of Social Work, Silver Spring, NASW Press: pp. 175-188.

[2] Hibbert, E., St. Arnaud, S., & Dharampaul, S., 1994, “Nurses’ satisfaction with the patient care team,” Canadian Journal of Rehabilitation, 8(2): 87-95.

[3] King, J. C., & Titus, M. D., 1993, “Prescription, Referrals, and the Rehabilitation Team,” DeLisa, J. A. (Eds.), Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, 2: 227-230.

[4] King, J.C., Nelson, T. R., Blankenship, K. J., Turturro, T. C., & Beck, A. J., 2005, “Rehabilitation team function and prescriptions, referrals, and order writing,” In DeLisa JA (ed.) Physical medicine and rehabilitation: principles and practice, 4th ed. Philadelphia: Lipincott, Williams and Wilkins, 1051-1072.

[5] Molyneux, J., 2001 “Interprofessional Teamworking: What makes Teams work well?” Journal of Interprofessional Care, 15(1): 29-35.

[6] Mullins, L. L., Keller, J. R., & Chaney, J. M., 1994 “A systems and social cognitive approach to team functioning in physical rehabilitation settings,” Rehabilitation Psychology, 39(3): 161-178.

[7] Raiff, N.R., & Shore, B.K., 1993 “Advanced Case Management: New Strategies for the Nineties,” Sage, Newbury Park, CA.

[8] Wilcox, M. J., 1989 “Delivering Communication-based Services to Infantes, Toddlers, and their Families: Approaches and Models,” Topics in Language Disorders, 10 (1): 68-79.

[9] Woodruff, G. & McGonigel, M. J., 1988 “Early Intervention Team Approach: The Transdisciplinary

Model," Jordan, J., Gallaher, J., et al (Eds.), Early Childhood Special Education: Birth to three: 163-181.
[10] 安藤好枝, 2011,「退院支援に求められる専門職間連携を支えるケアマネジメント」『日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携』3(2): 68-73.
[11] 崔允姫, 2018,「特別養護老人ホームにおける組織マネジメントが介護職の人材定着に影響を及ぼす要因―施設経営管理職へのインタビュー調査を中心として―」『社会福祉学』59(1): 40-55.
[12] 藤原素子, 2015,「4 年制大学における介護福祉士養成 17 年を振り返って」『人間福祉研究』18: 1-9.
[13] 堀田和司・奥野純子・戸村成男・柳久子, 2009,「介護老人保健施設に勤務する介護職員の「仕事へのモチベーション」を促進する要因」『日本公衆衛生雑誌』56(12): 863-874.
[14] 菊地和則, 1999,「多職種チームの 3 つのモデル:チーム研究のための基本的概念整理」『社会福祉学』39(2): 273-290.
[15] 木村典子・竹内真太・中村泰久・加藤由貴子, 2013,「在宅生活の要介護心疾患高齢者への支援でケアマネージャが着目している多職種連携」『愛知学泉大学・短期大学紀要』48: 1-7.
[16] 厚生労働省, 2012,「2012 年 5 月 11 日　介護職員の処遇改善等に関する懇談会　議事録」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d3zw.html、2023 年 5 月 23 日最終確認)。
[17] 厚生労働省, 2018,「全国厚生労働関係　部局長会議資料」(https://www.mhlw.go.jp/topics/2018/01/dl/tp0115-s01-18-01.pdf、2023 年 5 月 23 日最終確認)。
[18] 森千佐子・壬生尚美, 2020,「介護福祉士・社会福祉士のダブルライセンス教育における意義と課題」『人間福祉学会誌』 10(1): 31-38.
[19] 森壮一,「インターディシプリナリー、トランスディシプリナリーアプローチの意義(ステークホルダーの関与について)」(https://www.scj.go.jp/ja/event/pdf2/130618l.pdf、2023 年 5 月 24 日最終確認)。
[20] 西川ハンナ・筒井澄栄, 2008,「社会福祉士志望の社会福祉事業従事者の実態と期待」『共栄学園短期大学研究紀要』24: 78-83.
[21] 佐直信彦, 2010,「地域リハビリテーションと専門職連携」『東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科紀要』 6,(1): 3-10.
[22] 佐藤千恵・小林聖恵・正保里恵子, 2013,「認知症対応型共同生活介護職員の不安軽減に関する一考察」『帯広大谷短期大学紀要』 50: 137-143.
[23] 首相官邸, 2010,「介護人材における実践キャリアアップ制度構築のための基本的な考え方(実践キャリア・アップ制度　専門タスク・フォース　介護人材ワーキング・グループ　第 2 回会合　資料 2)」(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai2/siryou2.pdf、2023 年 5 月 23 日最終確認)。
[24] 副田あけみ, 2016,「統合ケアと多職種チーム:効果的チームワーキングの促進・阻害要因」『関東学院大学人文科学研究所報』 40: 43-64.
[25] 須江裕子, 2016,「介護福祉士・保育士資格取得後の就労実態:専攻科介護福祉専攻卒業生のアンケート調査から」『美作大学紀要』 49: 113-118.
[26] 多田鈴子・瀬志保・長橋幸恵, 2015,「介護福祉士養成校出身者の実態調査と課題検証:新しい介護福祉士養成校の役割」『大阪城南女子短期大学研究紀要』 49: 193-221

[27] 館山壮一, 2020,「こども園における幼小連携の認知度とスクールソーシャルワーカーの活用可能性―岩手県内のこども園を対象に」『修紅短期大学紀要』 40: 15-21.
[28] 富永真己・中西三春, 2021,「介護職における就業継続意向を高める要因:ユニットリーダーへのインタビューによる質的研究」『日本公衆衛生雑誌』 68(7): 468-476.
[29] 吉池毅志・栄セツコ, 2009,「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理:精神保健福祉実践における「連携」に着目して」『桃山学院大学総合研究所紀要』 34(3): 109-122.

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究 （22AA2008）」

保健福祉専門職種等の離職行動への影響について

研究代表者 堀真奈美（東海大学健康学部 教授）
研究協力者 小金澤圭吾（慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 後期博士課程）

1. 研究目的

少子高齢化の進展により人口が減少し、福祉分野の人材を量的・質的に確保することが重要な課題となっている。また地域の福祉課題は、複雑化、多様化しており、専門職種ごとの縦割りの対応では限界を迎えつつある。このような事情に応えるために複数の福祉専門分野に精通し、保健医療等も含む隣接領域とも補完・代替的に業務連携できるような人材を確保することが求められる。このような福祉専門分野に精通した人材を確保する際に、現在の各保健福祉専門職種の離職の実態について把握することは重要である。本研究の目的は、文献調査を通して、各保健福祉専門職種の離職の構造を明らかにすることである。

2. 研究方法

本研究では、まず離職に関する研究に援用可能な理論について、文献調査を実施した。その結果、離職は、「離職意向」と「離職行動」に分けて理論化されていることが分かった。次に、保健福祉専門職種の「離職意向」と「離職行動」の構造を明らかにするために、文献調査を実施した。調査対象の保健福祉専門職種は、看護師（准看護師を含む）、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士の7つの国家資格とした。J-STAGE のデータベースを利用し、「離職意向」や「離職行動」をキーワードとして文献調査を行った。

3. 研究結果

① 離職に関する研究に援用可能な先行理論

離職に関する研究は、保健福祉分野に限らず、さまざまな分野で研究されてきた。佐藤ほか（2003）によると、離職に関する研究は、1912 年の Crabb の離職意向に関する研究に始まり、心理学や社会学、経済学などの各分野で研究され、離職意向の関連要因の探索が行われた。その後、関連要因を離職意向の規定要因に配置して、因果関係を措定した因果モデルの離職研究と、既存理論から仮説を措定した離職研究の2つの方向性で分析されてきた[22]。（図1参照）

因果関係を措定したモデルの中で、代表的な離職モデルとして、Mobley（1977）のモデル（図2参照）があげられる。このモデルでは、離職行動までの意思決定過程を示している。Mobley は、心理学を参考に、仕事への評価、仕事への満足、離職意向、離職行動に至るまでの過程で、幾つかのステップがあると仮定し、モデルを提示した[2]。Mobley, Horner & Hollingsworth（1978）は、このモデルの簡易版を提示し（図3参照）、

縦断的に実証分析を行っている [1]。結果、離職行動と有意な相関を示したのは、離職意向のみであり、職業不満足は、離職意向に影響を与えていたことが分かった[3]。武田(1986)は、離職意向が最も離職行動を予測できるとする仮説(Mobley の離職モデルを含む)について、経験的に支持されていると評価している[25]。

意向と行動を別概念として整理し、そのメカニズムを示した理論として、Ajzen(1991)の計画的行動理論(図4参照)があげられる。この理論では、「行動への態度」、「主観的規範(行動の有無を決める社会的圧力)」、「行動統制感(認識された行動を実行する容易さや困難さの程度)」によって、「行動意図」が形成され、「行動の実行」までの過程を示している[1]。この理論を用いた先行研究では、「行動への態度」、「主観的規範」、「行動統制感」を構成する要素を分析し、また「行動意向」への説明を試みている。この理論については、「行動意図」から「行動の実行」への移行に対する説明力が低く、動機づけモデルであるといった評価もある[8, 36]。Ajzen(1991)は、「行動の実行」を予測する際に、「行動意図」に加えて、「行動統制感」を考慮する必要性を指摘している。「行動統制感」の構成要素として、「自己効力感」と「行動統制の認知」をあげている。例えば同程度の「行動意図」がある者同士でも、「自己効力感」が高い方が「行動の実行」における障壁や努力を我慢できる可能性が高いと指摘している[1]。

形成された意向から、行動に至るまでの過程を表しているモデルとして、Schwarzer(2001)が提唱した Health Action Process Approach(以下、HAPA と表記)(図5参照)があげられる。このモデルは、健康心理学のモデルであり、「リスク認知」、「結果への期待」、「自己効力感」によって、「行動意図」が形成され、「行動計画」が立てられ、「行動実行」へと繋がる過程を表している。このモデルの特徴として、二段階構成となっており、「行動意図」までの動機づけ段階と、「行動計画」を挟んだ「行動実行」までの行動実行段階に分かれている点、また「行動実行」に至るまで「自己効力感」が影響を与え続けている点があげられる。「リスク認知」、「結果への期待」、「自己効力感」の要素の中で、「自己効力感」が最も重要である。その理由として、「行動計画」までに至る過程では、「結果への期待」と「自己効力感」が不可欠であり、また「行動計画」を立てた後、「行動実行」を開始し、維持する過程でも「自己効力感」が必要なためである[4]。春田・樋口(2019)は、計画的行動理論と HAPA を比較し、計画的行動理論を動機づけモデル、HAPA を動機づけが含まれる行動実行モデルと整理している[36]。

Mobley の離職モデル、計画的行動理論、HAPA の3つの先行理論を調査した。これらの理論に共通していることは、行動意向と行動実行を分けていること、また行動意向を持っている場合でも実際に行動実行に至るとは限らないことである。従って、離職研究においても、離職の構造を明らかにするためには、離職意向と離職行動に分けて、その構造を明らかにすることが求められる。

② 保健福祉専門職種の離職に関する文献調査

各保健福祉専門職種の離職に関する研究の文献調査を実施した。Mobley(1977, 1978)による離職研究の示唆に基づき、離職意向の要因、職務満足の要因、就業継続意向の要因、離職意向と離職行動の構造について、結果をまとめた。看護師(准看護師を含む)、理学療法士・作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士の順で、調査結果を記す。

---

[1] アメリカ南東部の中規模病院に勤める 203 人の正規雇用者に対し、職務満足度や離職意向等の質問票を収集し、47 週間後に離職状況のデータを収集して、分析していた。

（ⅰ）看護師（准看護師を含む）

文献調査の結果、離職意向に影響を与える要因として、組織コミットメントの中の情動的コミットメント（目標や価値の内面化、組織への愛着）と存続的コミットメント（組織を辞める際の損得勘定）、組織風土が権威的であること、仕事と生活に対する評価、身体的疲労度、バーンアウトの傾向、給与満足度、看護師長への相談に対する期待度、病棟配置の満足度、職業に対する誇り、職場における管理（トップダウン式の管理体制や、施設管理者との関係性など）があげられた[17, 28, 33, 39]。

職務満足に影響を与える要因として、ワーク・エンゲイジメント（仕事に対するポジティブな感情）、業務内容、労働条件があげられた[17, 19]。

田中ほか（2019）は、計画的行動理論の 3 つの規定要因である「行動への態度」、「主観的規範」、「行動統制感」が、転職意思（離職意向のこと）に影響を与えている要因について、分析した。結果、看護師の転職意思決定を規定する変数として、「行動への態度」は、「自分の看護能力が高まる」、「いまよりも仕事から充実感を得られる」、「自己実現の手段を得る」、「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」ことがあげられた。また「主観的規範（行動の有無を決める社会的圧力）」は、「家族」があげられた。最後に「行動統制感（認識された行動を実行する容易さや困難さの程度）」は、「年齢」、「思い立ったときに転職すること」、「人脈」があげられた[26]。

就業継続意向に影響を与える要因として、職場環境に対する満足度、看護職者の自律性、看護ケアにおける自信、組織コミットメントがあげられた[16, 20]。また渡邊ほか（2010）は、就業継続に向けた職場環境について分析し、話しやすい職場環境、業務に見合う報酬、休息確保、学習環境整備が重要であると報告していた[44]。また M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）を用いて、新人看護師が職業継続意思を獲得するプロセスに関する研究[12]や、職務継続意思に影響を与えた職業選択動機に関する研究[6]もあった。

看護師（准看護師を含む）の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

（ⅱ）理学療法士・作業療法士

文献調査の結果、離職意向との関連要因である、バーンアウト、リアリティショック、職業性ストレス等について主に研究されていた[11, 24, 41, 45]。

理学療法士・作業療法士の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

（ⅲ）介護福祉士

文献を調査したところ、介護福祉士の資格有無を判別していない文献も散見されたため、介護福祉士の離職に加えて、介護職員の離職も含めて分析し、結果をまとめた。離職意向に影響を与える要因として、情緒的緊張、職業に対する誇り、ワーク・ライフ・バランス、職務満足、管理体制の未整備、凝集性の低い組織風土、曖昧な経営方針、介護の質向上への取り組み、トップダウンの経営体制があげられた[10, 17, 22, 30, 35, 38]。

職務満足に影響を与える要因として、業務内容、労働条件、職場における管理（トップダウン式の管理体制や、施設管理者との関係性など）、賃金、ワーク・ライフ・バランス、自身の能力を活かして仕事をすること

があげられた[13, 17, 35, 42]。

離職率に関する研究では、大和ほか(2013)の研究があげられ、介護職員を採用後も教育や研修を実施している事業所の方が離職率は低いこと、賃金は離職率に統計的に有意な影響を与えていないことを明らかにした[15]。大久保(2017)は、賃金の高さが離職率の低下に効果が有りとした研究と、無しとした研究が混在していると指摘し、扱っているデータが異なること、分析手法が異なること、分析対象が異なることを原因としてあげていた。大久保(2017)は、介護職員処遇改善交付金が、早期離職率に与えた効果について検証をした。分析の結果、正規職と非正規職では早期退職率の規定要因が異なること、離職率と早期離職率では、正規職・非正規職ともに、規定要因が異なること、介護職員処遇改善交付金の早期離職率への効果は限定的であったことを明らかにした[14]。

就業継続意向に影響を与える要因として、組織コミットメント、職務満足、上司のリーダーシップ、上司のコミュニケーション・スキル、介護の仕事に対する愛着、「職場の結束力と職場内外の繋がり」、「支援的な職場目線の職場運営と人材開発」があげられた[13, 16, 27, 31]。M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を用いて、職務継続意思に影響を与えた職業選択動機を明らかにする研究[6]もあった。また介護福祉士に注目した就業継続意向の研究としては、青木ほか(2019)の大卒の介護福祉士を対象とした研究があげられた。大卒の介護福祉士の就業継続意向に影響を与える要因として、「大卒のキャリアに期待される役割とその実現のための取組み」、「介護に対する意識が高い」、「大学で習得した専門的知識が貢献」、「利用者とのかかわりに生きがい」をあげていた[5]。

介護福祉士と介護職員の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

(ⅳ)社会福祉士

文献調査の結果、離職意向に影響を与える要因として、職員を尊重する組織運営、ワーク・エンゲイジメント、多様で標準化困難な業務、情緒的消耗感があげられた[37, 40]。

また離職を思いとどまる要因(就業継続意向に影響を与える要因)として、「現状容認に至る職場」、「男性は職場内での資質向上志向・女性は家庭との両立ができる環境」、「資質向上が図れる職場・引き止められる環境」があげられた[32]。

社会福祉士の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

(ⅴ)精神保健福祉士

文献調査の結果、離職意向に影響を与える要因として、情緒的消耗感があげられた[40]。管見の限り、精神保健福祉士の離職に関する研究では、精神保健福祉士が職業性ストレスにより、抑うつ状態となり、バーンアウトして離職へと繋がるといった一連の流れで捉えられてきたと思われる。井川ほか(2013)や矢田ほか(2016)は、他の医療福祉専門職種と比べて、精神保健福祉士の職業性ストレスやバーンアウトに関する研究の蓄積は少なく、基礎的調査や研究が急務と指摘していた[7, 43]。

精神保健福祉士の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

(ⅵ)保育士

文献調査の結果、離職意向の要因に関する研究は、管見の限りで庭野(2020)の研究のみであった。この

結果は、庭野(2020)による、2009 年の全国保育士養成協議会の調査を契機に、新任保育士の離職に関する研究は始まったが、保育士の離職意向の規定要因は明らかにされてこなかったとの指摘と一致している。庭野(2020)は、保育士資格の有無に関わらず、保育従事者に対し、離職意向の規定要因を探索的に分析していた[34]。

離職意向との関連が認められた要因について、年齢、有配偶、現在の保育園の勤務年数、就業したことがある保育園数、設置主体、無認可・認可、給与、1 ヶ月の平均勤務日数、1 日の平均労働時間、勤務の融通、早期離職率があげられた。また離職意向と関連が認められなかった要因として、性別、小学校までの子どもの有無、学歴、園児数、非正規・正規、1 週間の平均残業時間、年次有給休暇消化率があげられた[34]。

保育士の離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。

4. 考察

本研究では、各保健福祉専門職種の離職の構造を明らかにするために、文献調査を実施し、以下の考察を得ることができた。

① 定義の整理

「離職意向」と「就業継続意向」で表現や定義が多少異なっていた。「離職行動」の定義は統一されていた。「離職意向」は、「離職意思」や「転職意向」、「転職意思」、「退職意思」など幾つかの表現があった。また「離職意向」の定義では、現在の就業先からの離職を希望している場合や、保健福祉業界からの離職を希望している場合など、細かい定義を設定している研究も見受けられた。「離職意向」の定義の共通部分は、「離職を希望している状態」であった。また「就業継続意向」も同様に「就業継続意思」、「職務継続意向」、「職務継続意思」など幾つかの表現があった。また「就業継続意向」の定義では、別の職場で現在の職種で就業継続を希望する場合や、別の職種で現在の職場で就業継続を希望する場合、現在の職種で現在の職場で就業継続を希望する場合、また一定年数以上就業継続を希望する場合など、細かい定義を設定している研究も見受けられた。「就業継続意向」の定義の共通部分は、「就業継続を希望している状態」であった。「離職行動」の定義は、「実際に離職する行為」であった。

② 各保健福祉専門職種の離職に関する研究数の差異

離職意向の要因に関する研究数が、看護師、介護福祉士(主に介護職)とそれ以外の保健福祉専門職種では顕著に差があった。研究数の差は、特定された離職意向の要因数の差に繋がっていると思われる。看護職と介護職では、離職の比較研究もされており、離職意向の要因の共用が進んでいた可能性が考えられる。今後、本研究で整理された看護師や介護福祉士の離職意向の要因を用い、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士の離職意向について、分析を行っていきたい。得られた結果から、離職意向の要因の適用範囲が明らかになれば、保健福祉専門職種の人材確保策に資する可能性がある。

③ 離職意向と離職行動の構造

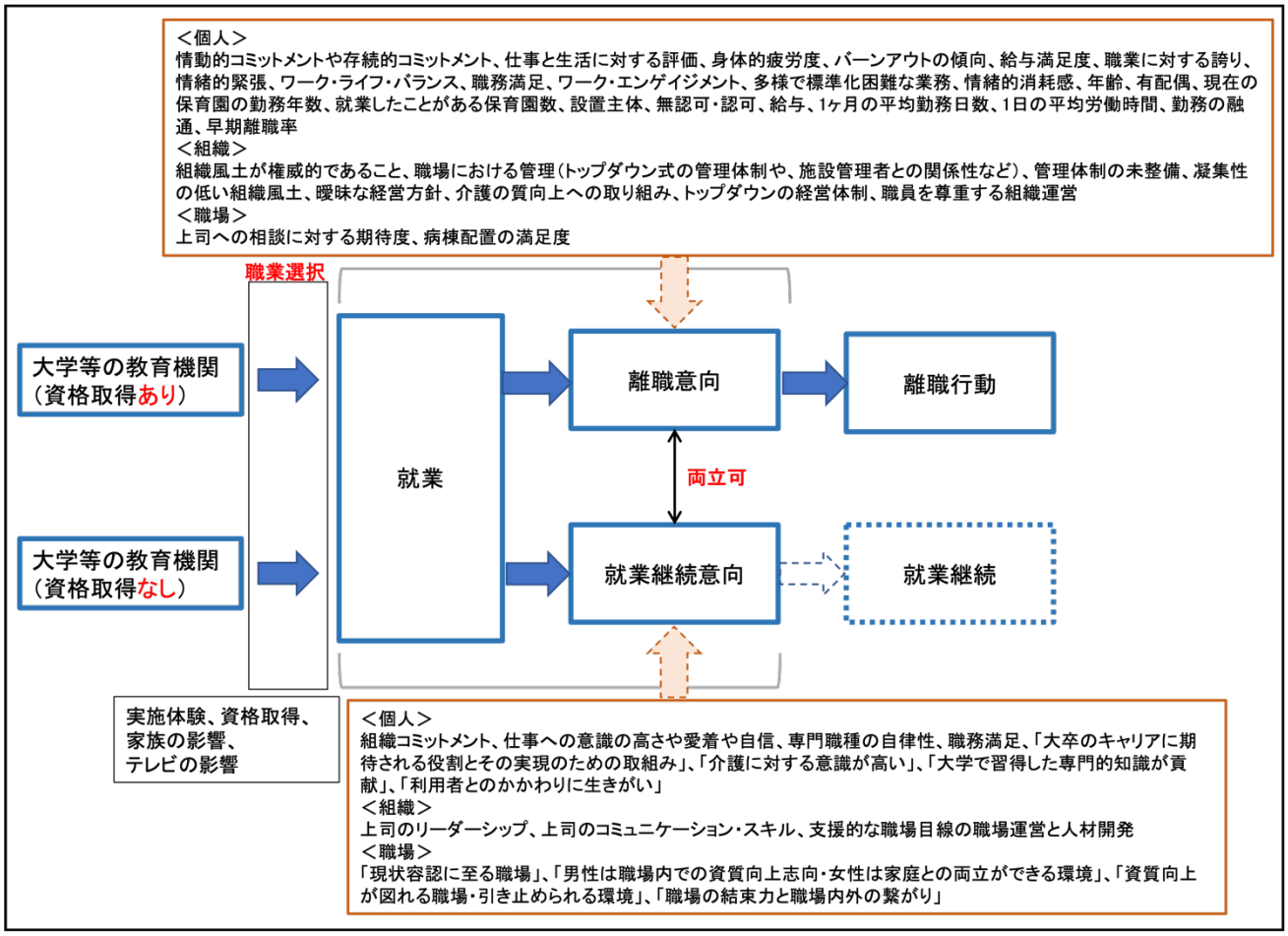
本研究で対象とした看護師(准看護師を含む)、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、

精神保健福祉士、保育士において、離職意向と離職行動の構造を明らかにした研究は、管見の限りで見当たらなかった。Mobley の離職モデルを用いた実証分析では、対象者に対し、離職意向を確認し、47 週間後に実際に離職したか、離職行動などの状況調査を実施することで、離職意向と離職行動の構造について、縦断的に分析していた[3]。日本でも縦断的に保健福祉専門職種の離職に関する調査を行い、離職意向と離職行動の構造を明らかにする必要がある。

④ 離職意向の要因、就業継続意向の要因

本研究で整理された離職意向の要因、就業継続意向の要因は、以下の図6の通りである。これらの要因の概念について、幾つか重なりあっていることに留意が必要である。

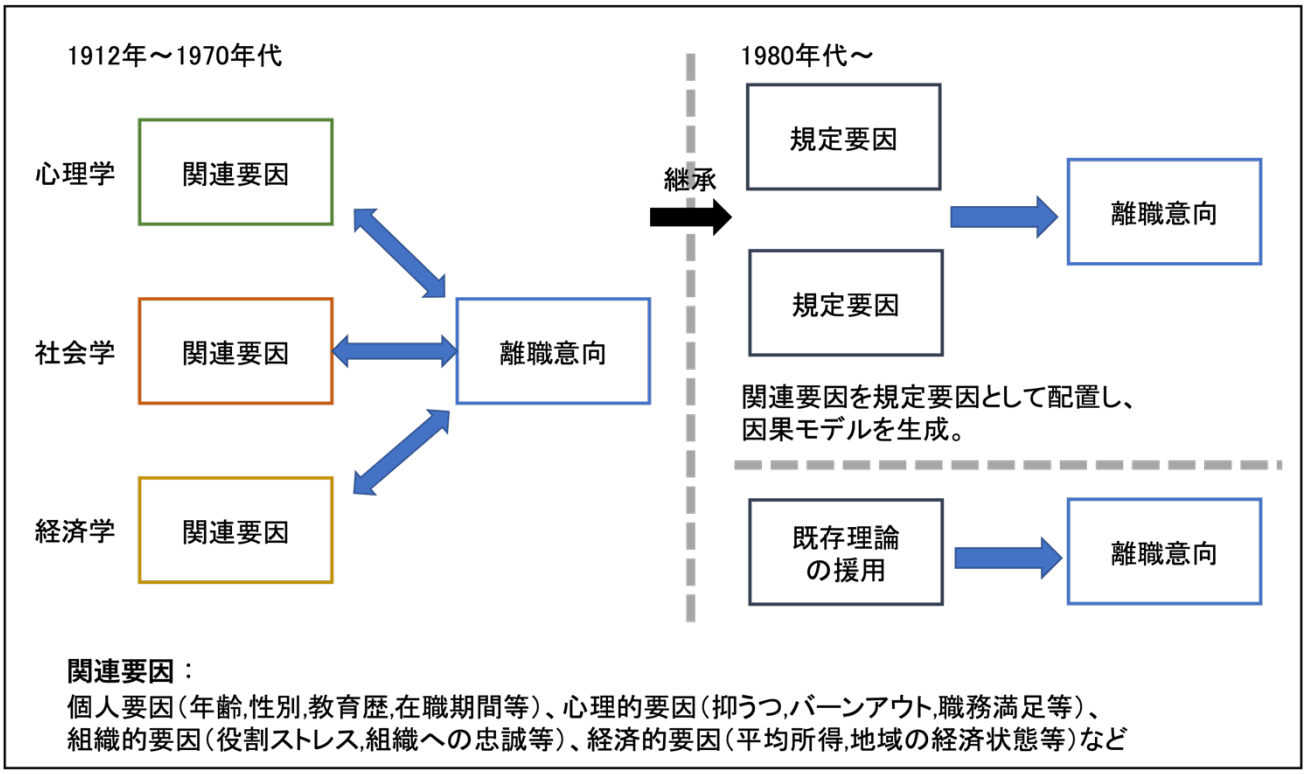
図 6:離職意向の要因と就業継続意向の要因



5. 結論

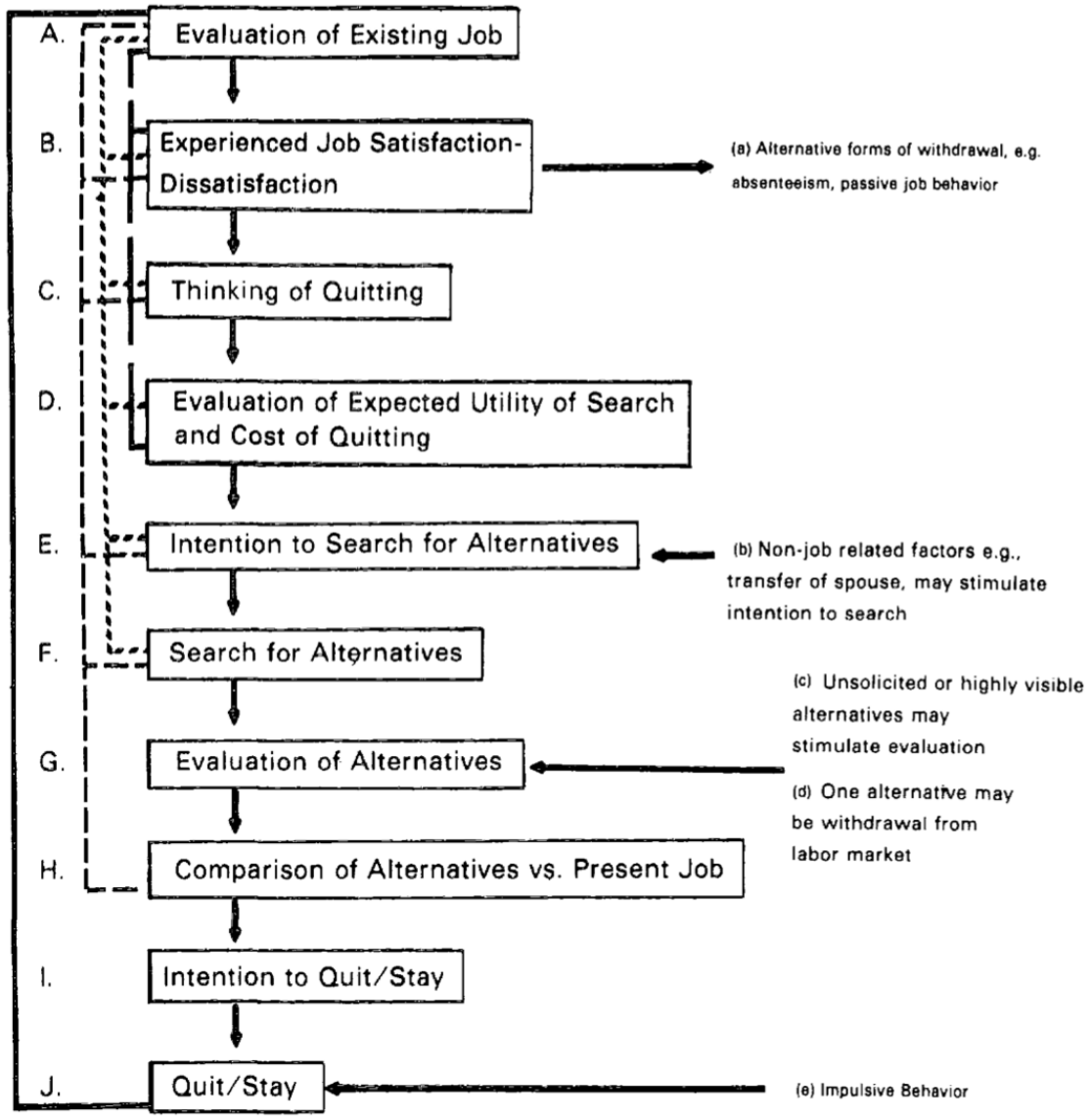
調査の結果から、離職意向は離職を希望している状態、離職行動は実際に離職する行為、就業継続意向は就業の継続を希望している状態と定義されていた。日本の保健福祉専門職種について、離職意向と離職行動の構造について分析した先行研究は、管見の限りで見当たらなかった。日本において、縦断的に保健福祉専門職種の離職意向と離職行動に関する調査を実施し、分析することで、離職意向と離職行動の構造が明らかになる可能性がある。

図1：離職に関する研究の歴史的変遷



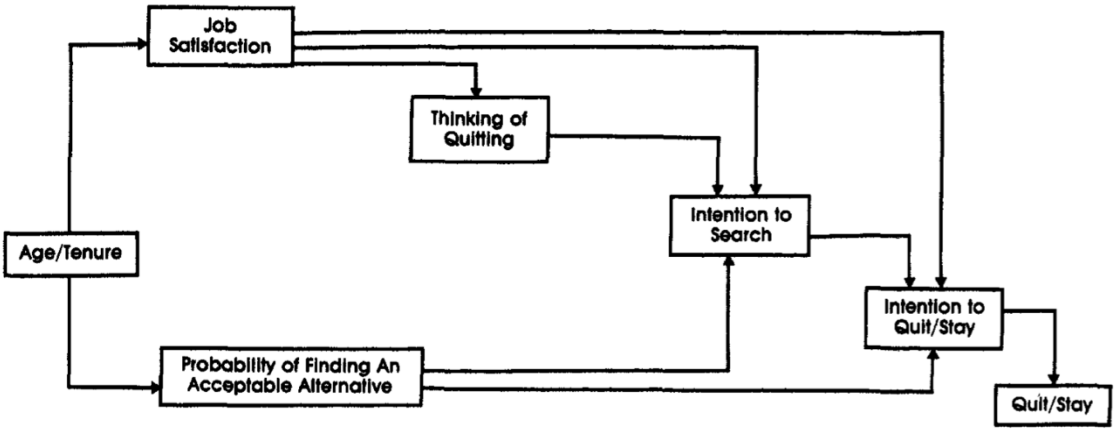
出典：佐藤ゆかり，澁谷久美，中嶋和夫，香川幸次郎（2003）「介護福祉士における離職意向と役割ストレスに関する検討」に基づき、作成。[22]

図 2:Mobley(1977)「従業員の離職決定過程」



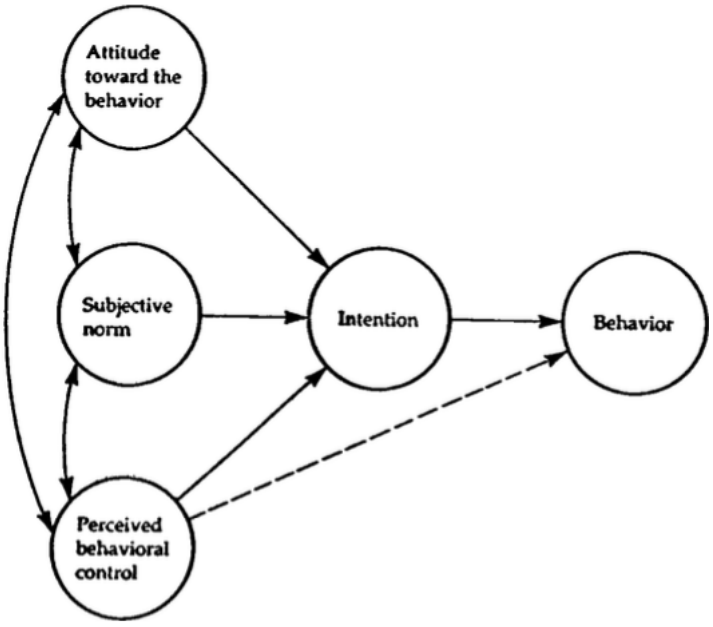
出典:Mobley, W.H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover.[2]

図 3:Mobley ほか(1978)「中間を連結し簡易化した従業員の離職決定過程」



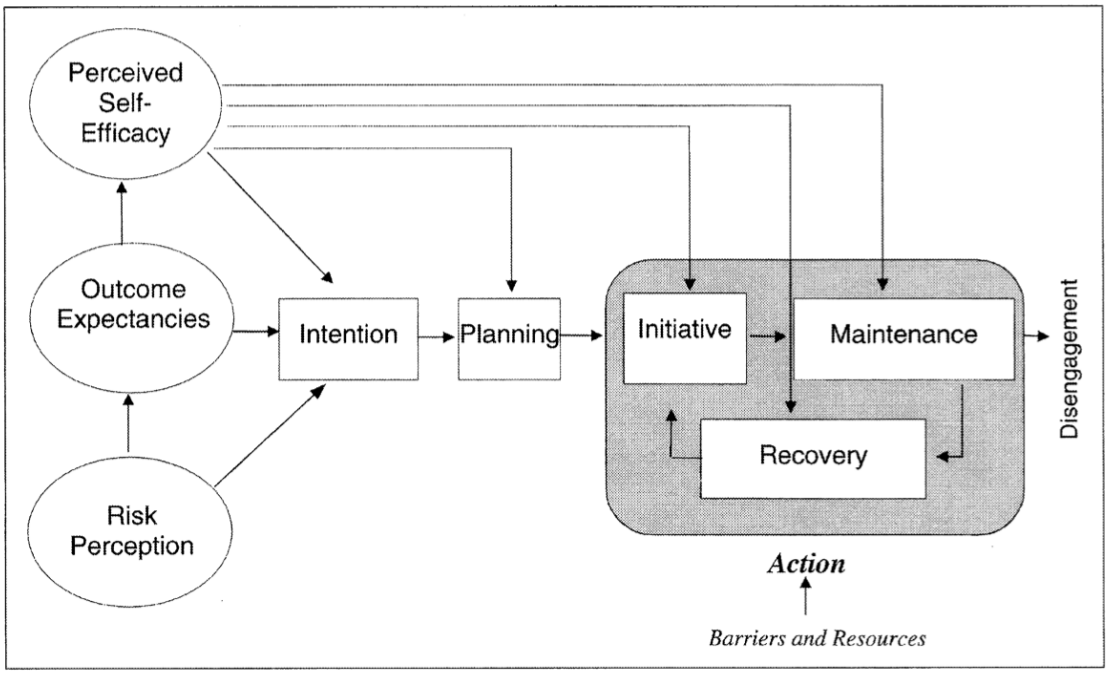
出典:Mobley, W.H. Horner, S. O., and Hollingworth, A.T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover.［3］

図 4:Ajzen （1991）「計画的行動理論」



出典:Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior.［1］

図 5:Schwarzer (2001)「Health Action Process Approach」



出典:Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior.[4]

図 6:離職意向の要因と就業継続意向の要因(再掲)

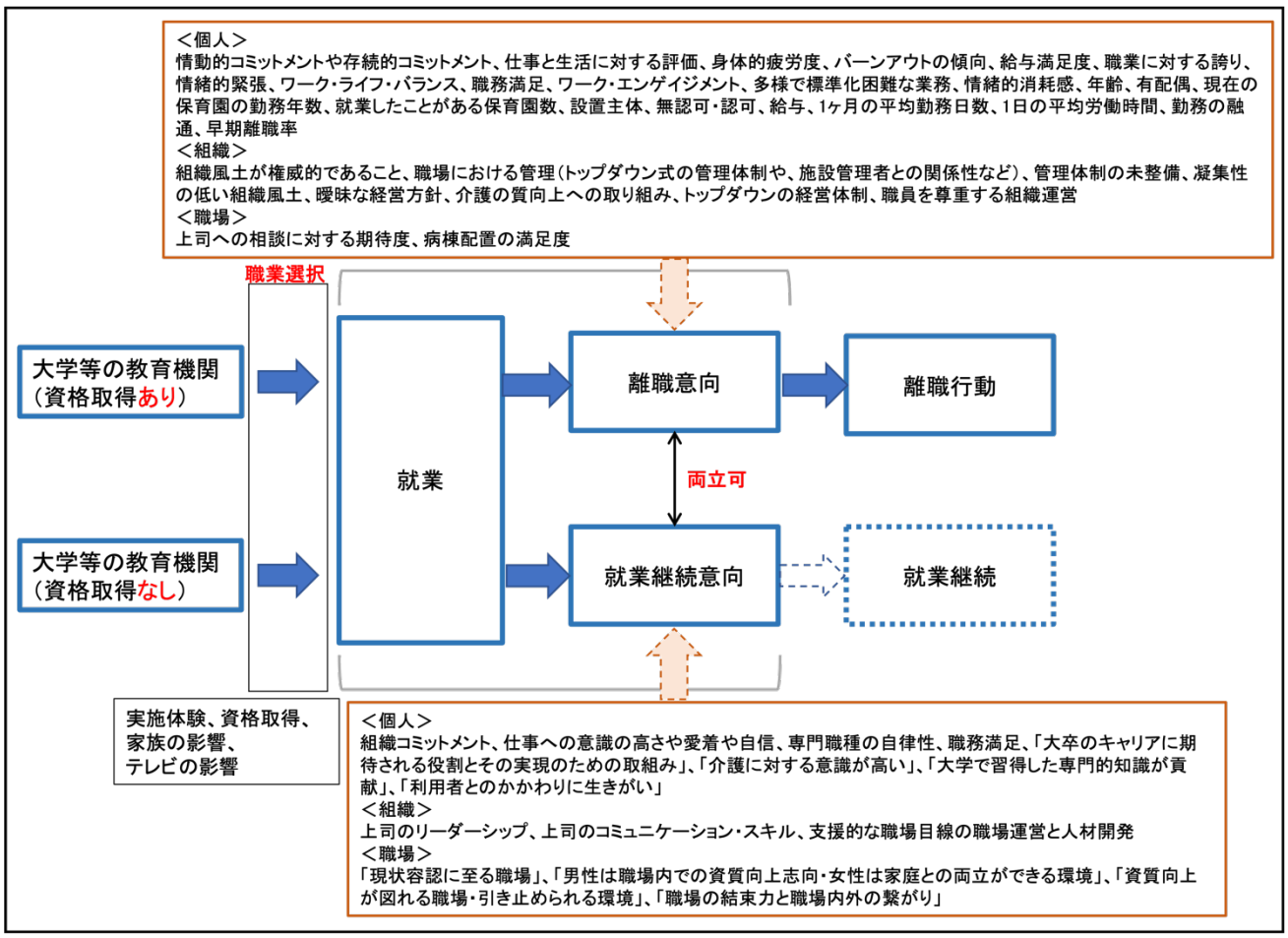


表 1:文献調査の方法

◯看護師

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	看護師，離職意向	157 件	2023 年 1 月 24 日
J-STAGE	看護師，離職意思	81 件	2023 年 1 月 24 日
J-STAGE	看護師，離職行動	42 件	2023 年 1 月 24 日

◯理学療法士・作業療法士

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	理学療法士，離職意向	14 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	理学療法士，離職行動	5 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	作業療法士，離職意向	22 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	作業療法士，離職行動	4 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	理学療法士，離職	366 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	作業療法士，離職	235 件	2022 年 11 月 28 日

◯介護福祉士

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	介護福祉士，離職意向	43 件	2023 年 2 月 20 日
J-STAGE	介護福祉士，離職行動	11 件	2023 年 2 月 20 日
J-STAGE	介護，離職意向	123 件	2023 年 2 月 20 日
J-STAGE	介護 離職行動	44 件	2023 年 2 月 20 日

◯社会福祉士

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	社会福祉士，離職意向	19 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	社会福祉士，離職行動	7 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	社会福祉士，離職	210 件	2022 年 11 月 28 日

◯精神保健福祉士

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	精神保健福祉士， 離職意向	2 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	精神保健福祉士， 離職行動	1 件	2022 年 11 月 28 日
J-STAGE	精神保健福祉士，離職	72 件	2022 年 11 月 28 日

○保育士

データベース	検索ワード	ヒット数	アクセス日
J-STAGE	保育士，離職意向	12 件	2022 年 12 月 4 日
J-STAGE	保育士，離職行動	8 件	2022 年 12 月 4 日
J-STAGE	保育士，離職	343 件	2022 年 12 月 4 日

表 2:看護師の離職に関する研究の整理

		研究内容
難波ほか (2009) [33]	組織・職務特性、 組織コミットメント	組織コミットメントの 3 要素である情動的コミットメント（目標や価値の内面化、組織への愛着）、存続的コミットメント（組織を辞める際の損得勘定）、規範的コミットメント（組織への義務感、忠誠心）と、組織・職務特性の関連を明らかにし、組織コミットメントと離職意向の関連性を分析。情動的要素と存続的要素が低いほど、離職意向が強いことが明らかになった。
小木曽ほか (2010) [17]	職務満足、 介護老人保健施設	介護老人保健施設のケアスタッフ(介護職・看護職)の仕事全体の満足度・転職（高齢者ケア以外の仕事を希望）・離職（他の高齢者施設への移動）の要因と職務における 9 つの領域別満足度との関連について分析。介護老人保健施設における領域別満足度では、介護職、看護職ともに、平均値の傾向は類似し、「給料」に対する満足度が最も低かった。しかしながら、「給料」を改善しても、職務満足が一律に高くなるわけではないことが示唆された。また両職種ともに、満足度が高いことと「業務内容」と「労働条件」に有意な関係が見られ、介護職では、「職場における管理」（トップダウン式の管理体制や、施設管理者との関係性など）にも有意な関係が見られた。また転職意向では、「職業に対する誇り」に関係していることが明らかになった。また両職種とも離職意向と「職場における管理」に関係性が見られた。職場におけるトップダウン式の管理の仕方、施設長や上司の管理者との関係が、離職意向に繋がっていることが明らかになった。
渡邊ほか (2010) [44]	個人要因、 組織要因	若手看護師、1 年目と 5 年目の離職意向を比較し、職場環境について検討。両者に共通して、話しやすい職場環境、業務に見合う報酬、休息確保、学習環境整備が就業継続に繋がると分析。特に 1 年目の看護師に対しては教育環境、5 年目の看護師に対しては話し合いの場の確保と、ライフスタイルにあった勤務体制整備が重要と指摘。
田邊ほか (2011) [28]	ワークライフバランス、 組織風土、	組織風土、健康状態、ワークライフバランスと離職意向の関連性について分析。組織風土の伝統性因子（伝統性因子が低いほど、権威的な組織）、仕事と生活に対する評価が低く、身体的疲労度が

	健康状態	高いほど、離職意向が高くなることが示唆された。長時間労働による仕事と生活時間は、離職意向と関連していなかった。
蟻本ほか (2011) [6]	職務継続要因、 職業選択動機、 M-GTA	看護師と介護福祉士の職務継続の要因について、インタビュー調査、M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を実施。職業選択動機を分析した結果、「看護・介護の体験」「自立のための資格取得」「家族の影響」「テレビ番組の影響」の 4 カテゴリーが生成された。前者 2 つのカテゴリーは、看護師と介護福祉士間で相違は見られず、「家族の影響」は、構成概念が異なった [2]。「テレビ番組の影響」は、看護師のみで介護福祉士には見られなかった。両職種の違いは、社会における周知度の差が一因であると指摘。
大江ほか (2014) [12]	職業継続意思、 M-GTA	新人看護師が職業継続意思を獲得するプロセスを M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を用いて分析。先輩看護師や患者からの評価により、【できる実感】を獲得し、看護師としての自己実現を目指す段階へ【理想の看護師像へのアプローチ】を進めていた。また看護師を職業として選んだ意識化や、気分転換で、【仕事と割り切る】ことで、ストレスを軽減していた。周囲の支えや看護師の職業的長所を見出すことで、【意欲の再構成】を行い、職業継続意思を獲得していた。
緒形ほか (2015) [16]	介護老人福祉施設、 離職予防(職務継続意思)、 組織コミットメント、 コンフリクト	離職予防を職務継続意思と置き換え、職場継続意思、職業継続意思、職場・職業継続意思に分解 [3]した上で、分析を実施。介護老人福祉施設において、組織コミットメントとコンフリクトの対処方略が職務継続意思に与える影響について、共分散構造解析を実施。結果、職務継続意思に直接影響を与えていたのは、組織コミットメントであった。介護老人福祉施設では介護職と看護職の離職予防として、組織コミットメントを高めること、職員と幹部との積極的情報交流、キャリアアップ制度やサポート体制の充実が示唆された。
金子ほか (2017) [19]	ワーク・エンゲイジメント、 介護老人保健施設	高齢者施設で働く看護職者を対象に、ワーク・エンゲイジメント(仕事に対するポジティブな感情)が、離職意向に与える影響について分析。ワーク・エンゲイジメントが職務満足に影響を与え、職務

[2] 看護師は、「家族や親族が医療・福祉関係者」「家族の病気や障害」の 2 概念、介護福祉士は「お年寄りが好き」の概念を加えた 3 概念で構成されていた。

[3] 職場継続意思:「現在の職場で、介護を続けていきたい」もしくは「現在の職場で働きたいが、他の職種にかわりたい」のどちらかを選択した者
職業継続意思:「現在の職場で、介護職もしくは看護職を続けていきたい」もしくは「現在の現場を辞めて、介護職をもしくは看護職を続けていきたい」のどちらかを選択した者
職場・職業継続意思:「現在の職場で、介護を続けていきたい」を選択した者

		満足が離職意向に影響を与えており、間接的な影響が明らかになった。
田中ほか (2019) [26]	計画的行動理論、 転職意思決定	Ajzen (1991) の計画的行動理論を用いて、看護師の転職意思決定モデルを検討。計画的行動理論の 3 つの規定因子である【行動に対する態度】、【主観的規範】、【行動の統制感】が、転職(離職)意思と転職(離職)行動に与えている影響について、共分散構造分析を実施。看護師の転職意思決定を規定する変数として、【行動に対する態度】では、「自分の看護能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」、【主観的規範】では、「家族」、【行動の統制感】では、「年齢」、「思い立ったときに転職すること」、「人脈」があげられた。
岸田ほか (2020) [20]	職場環境、 勤務継続意志、 職業満足度	職場環境と勤務継続意志、職場環境と職務満足度に関連性を分析。結果、職務満足度尺度では、職場環境に対する満足度、看護職者の自律性、看護ケアにおける自信の 3 因子が認められた。職務満足度の高い群では、職場環境に対する満足度と勤務継続意志の間に関連が見られ、低い群では、自律性と勤務継続意志の間に相関が見られた。離職防止には、看護職者の自律性を重視し、専門性を高め自己啓発できる職場環境が必要と示唆。
松谷ほか (2021) [39]	小児病院、 職場環境、 バーンアウト、 組織コミットメント	小児病院の看護師の離職意向について、個人要因、職場環境要因、バーンアウト、組織コミットメントと離職意向の関連性について分析。首都圏の小児専門病院に勤務する看護師は、バーンアウト(点数)の高い者、給与への不満を持つ者、看護師長への相談に対する期待の低い者は、離職意向が高かった。また配置病棟に満足している者、情動的コミットメントが高い者は、離職意向が低かった。バーンアウトと離職意向の関連性が最も高かった。
知念ほか (2022) [29]	文献レビュー、 へき地、 就業継続要因	離島やへき地に勤務する保健師、看護師の離職や就業継続について、文献レビューを実施。結果、離島やへき地に勤務する保健師、看護師の離職要因、就業継続要因として、「職場環境」「仕事満足度」「個人の特性」「バーンアウト」「個人や家族の状況」「地域・へき地への適応」の 6 つのカテゴリーが生成された。

出典:[6], [12], [16], [17], [19], [20], [26], [28], [29], [33], [39], [44]に基づき作成。

表 3:理学療法士・作業療法士の離職に関する研究の整理

		研究内容
鈴木ほか (2016) [24]	職業満足	理学療法士の職務満足度の因子について分析。仕事裁量度、職業適正度、働きがいが高く、対人ストレスが低いほど、職務満足度が向上すると示唆された。

和田ほか (2020) [45]	リアリティショック、バーンアウト	理学療法士の卒業前と卒後3ヶ月時点を比較し、リアリティショックの有無とバーンアウト(バーンアウトの構成要素は、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」。)の状況を調査。リアリティショックがある者は、就職後に「情緒的消耗感」が有意に高く、ない者は、「脱人格化」が有意に低かった。
水野ほか (2021) [41]	バーンアウト、セルフ・コンパッション	理学療法士と作業療法士において、セルフ・コンパッションがバーンアウトに与える影響を分析。セルフ・コンパッションとは、苦痛や心配に対して自身を思いやることでバランスをとることである。若手の理学療法士と作業療法士において、このセルフ・コンパッションとバーンアウト傾向の構成要素(「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」)それぞれが、直接的な負の関連を持っていることが明らかになった。セルフ・コンパッションは、職務ストレッサーを経由し、部分的ではあるが間接的にバーンアウト傾向を抑制すると推察している。
宇野・田中 (2022) [11]	働きがい、ワーク・エンゲイジメント	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の離職意思について、「働きがい」と「ワーク・エンゲイジメント」の調査項目を参考に多重ロジスティック回帰で分析。結果、「個人への称賛」、「適正に合った仕事」、「仕事を通じての成長」が、離職意思に影響を及ぼす可能性が示唆された。

出典:[11], [24], [41], [45]に基づき作成。

表 4:介護福祉士・介護職員の離職に関する研究の整理

		研究内容
佐藤ほか (2003) [22]	役割理論、情緒的緊張	Bedeian らの B&A モデルを基礎とした役割葛藤・役割曖昧性(外部変数)が職務における情緒的緊張と離職意向を規定し、また情緒的緊張が離職意向(内政変数)を規定するというモデルに基づき、介護福祉士の離職意向と役割ストレスについて検討。厳密な評価には不十分だが、職務における情緒的緊張が離職意向に対し有意な影響力をもつことが確認された。
小木曽ほか (2010) [17]	職務満足、 介護老人保健施設	介護老人保健施設のケアスタッフ(介護職・看護職)の仕事全体の満足度・転職(高齢者ケア以外の仕事を希望)・離職(他の高齢者施設への移動)の要因と職務における 9 つの領域別満足度との関連について分析。介護老人保健施設における領域別満足度では、介護職、看護職ともに、平均値の傾向は類似し、「給料」に対する満足度が最も低かった。しかしながら、「給料」を改善しても、職務満足が一律に高くなるわけではないことが示唆された。また両職種ともに、満足度が高いことと「業務内容」と「労働条件」に有意な関係が見られ、介護職では、「職場における管理」(トップダウン

		式の管理体制や、施設管理者との関係性など）にも有意な関係が見られた。また転職意向では、「職業に対する誇り」に関係していることが明らかになった。また両職種とも離職意向と「職場における管理」に関係性が見られた。職場におけるトップダウン式の管理の仕方、施設長や上司の管理者との関係が、離職意向に繋がっていることが明らかになった。
今井 (2011) [9]	短大卒業生、 インタビュー調査	卒後 3 年目までの短大卒業生の介護職離職理由について、アンケート調査とインタビュー調査を実施。離職理由は人間関係が最も大きな要因であることが明らかになった。
白石ほか (2011) [23]	組織風土、 キャリア・コミットメント、 こだわり、介護観	個性（介護労働における介護職者の「こだわり」を含む）が尊重されない「組織風土」における「キャリア・コミットメント」の高い介護職員の離職意向と「介護観」[4]との関連を検証。ロジスティクス回帰分析の結果、「低個性重視組織」における「高キャリア・コミットメント」群の離識意向は、「考え、振り返る実践重視」に価値をおくほど高まり、年齢が「40 歳以上」であると軽減されることが明らかになった。
蟻本ほか (2011) [6]	職務継続要因、 職業選択動機、 M-GTA	看護師と介護福祉士に職務継続の要因について、インタビュー調査、M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）を実施。その内、職業選択動機を分析した結果、「看護・介護の体験」「自立のための資格取得」「家族の影響」「テレビ番組の影響」の 4 カテゴリーが生成された。前者 2 つのカテゴリーは、看護師と介護福祉士間で相違は見られず、「家族の影響」は、構成概念が異なった[5]。「テレビ番組の影響」は、看護師のみで介護福祉士には見られなかった。両職種の違いは、社会における周知度の差が一因であると指摘。
大和ほか (2013) [15]	介護老人福祉施設、 離職率、 賃金、教育・研修	「事業所における介護労働調査2006」のデータを用い、賃金と教育・研修を説明変数として回帰分析を実施。介護職員に採用後も続けて教育・研修を実施している施設の方が離職率は低く、賃金は統計的に有意な影響は見られなかった。
柿木 (2014) [18]	福祉就業定着、 文献レビュー	福祉分野の就業定着に関する要因について、文献レビューを実施。結果、関連する要因として、基本属性、健康状態、バーンアウト、やりがいや誇り、労働条件、職場における人間関係、役割ストレス、入職時の動機、組織コミットメント、専門性を高める機会、パー

[4] この研究の著者による先行研究で、「介護観」は、「考え、振り返る実践重視」「家族の意向・安全重視」「残存能力・機能重視」「組織内のルール・規範重視」の 4 因子から構成されると指摘している。介護職の経験年数が 1 年に満たない者は、「介護観」が十分に醸成されていないと想定し、研究対象から除いている。

[5] 看護師は、「家族や親族が医療・福祉関係者」「家族の病気や障害」の 2 概念、介護福祉士は「お年寄りが好き」の概念を加えた 3 概念で構成されていた。

		ソナリティの 11 要因が挙げられた。
緒形ほか (2015) [16]	介護老人福祉施設、 離職予防(職務継続意思)、 組織コミットメント、 コンフリクト	離職予防を職務継続意思と置き換え、職場継続意思、職業継続意思、職場・職業継続意思に分解 [6]した上で、分析を実施。介護老人福祉施設において、組織コミットメントとコンフリクトの対処方略が職務継続意思に与える影響について、共分散構造解析を実施。結果、職務継続意思に直接影響を与えていたのは、組織コミットメントであった。介護老人福祉施設では介護職と看護職の離職予防として、組織コミットメントを高めること、職員と幹部との積極的情報交流、キャリアアップ制度やサポート体制の充実が示唆された。
大久保 (2016) [13]	介護労働、 就業継続意向	Prisoner of Love 仮説とは、入職動機が利他心等の内発的動機の場合、仕事満足が就業継続意向に与える影響が相対的に小さいという仮説である。大規模個票データによる分析の結果、①賃金が就業継続意向に与える効果は仕事満足度を媒介②仕事満足度の高さは就業継続意向に正の影響③入職動機が内発的動機の場合、仕事満足度が就業継続意向に与える正の効果が小さいことが分かり、仮説は成立した。
橋本 (2017) [35]	介護老人福祉施設、 ワーク・ライフ・バランス(WLB)、 職務満足度	介護老人福祉施設における介護職員の WLB と職務満足度、および離職意向の関連性について、共分散構造解析を実施。結果、WLB は職務満足度に正の関連を有し、離職意向には負の関連を有し、職務満足度は離職意向と負の関連を有した。
大久保 (2017) [14]	介護労働、 早期離職率、 介護職員処遇改善交付金、 正規職・非正規職	2009 年より時限措置として導入された「介護職員処遇改善交付金」が、早期離職率にどのような影響を与えたのか、大規模調査を実施し、検証。分析の結果、①正規職と非正規職では早期離職率の規定要因が異なる②早期離職率と離職率では正規・非正規ともに規定要因が異なる③介護職員処遇改善交付金が早期離職率に与えた影響は限定的 が明らかとなった。
崔 (2018) [21]	特別養護老人ホーム、 組織マネジメント、 人材定着、 インタビュー調査 定性的コーディング	組織マネジメントが介護職の人材定着に影響を及ぼす要因(定着要因、未定着要因)について、構造とプロセスを明らかにするべく、経営管理者にインタビュー調査を実施し、定性的コーディングによって分析。結果、介護職人材の未定着要因は、経営者の「経営能力の不足」による組織マネジメントの欠如が、「職員に不満を浮上」させていたことが示唆された。また介護職人材が定着する組

[6] 職場継続意思:「現在の職場で、介護を続けていきたい」もしくは「現在の職場で働きたいが、他の職種にかわりたい」のどちらかを選択した者
職業継続意思:「現在の職場で、介護職もしくは看護職を続けていきたい」もしくは「現在の現場を辞めて、介護職をもしくは看護職を続けていきたい」のどちらかを選択した者
職場・職業継続意思:「現在の職場で、介護を続けていきたい」を選択した者

		織マネジメントとは、「経営式による仕組みづくりと職員を大事に育てるための人づくりを基盤に、上下をつなぎ合わせる管理体制をつくったうえで、管理職を中心にみんなが経営に参画できる環境をつくること」と定義がされた。
青木ほか (2019) [5]	介護福祉士、 高齢者介護施設、 キャリア継続要因、 M-GTA	介護福祉士養成大学卒業後、高齢者介護施設で勤務する介護福祉士のキャリア継続要因について、インタビュー調査(対象者 10 名)をし、M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を実施。結果、施設への就職は、＜優遇面を意識した本意ではない就職＞であったが、＜大卒のキャリアに期待される役割とその実現のための取り組み＞から就業継続意欲が醸成され、＜介護に対する意識が高い＞＜大学で習得した専門的知識が貢献＞＜利用者とのかかわりに生きがい＞も就業継続意欲に影響を与えていたことが示唆された。
富永ほか (2019) [30]	高齢者介護施設、 Healthy Work Organization の概念モデル、 帰納的アプローチ、 ユニットリーダー	介護老人福祉施設の介護職員の離職要因となり得る、作業・職業特性とその背後の組織特性の実態解明を目的として、介護ユニットリーダーにインタビュー調査を実施し、HWO (Healthy Work Organization)の概念モデルを用いた帰納的アプローチによる質的記述的研究法で分析。結果、HWO の概念モデルの「作業・職業特性」に該当する[介護業務の特殊性]と、その背後にある[組織特性]の[(労働)管理方式の未整備][凝集性の低い組織風土][曖昧な経営方針]が影響し合い、介護職の離職(意向)の要因となり得る実態が明らかとなった。
森脇ほか (2020) [42]	介護保険施設、 管理栄養士、 職務満足度、 ワーク・ライフ・バランス	介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)に勤務する管理栄養士・栄養士の職務満足度および WLB(ワーク・ライフ・バランス)の満足度に大きな影響を与えていたのは、管理栄養士・栄養士が「仕事の内容に自分の能力を活かすこと」であった。
田中 (2021) [27]	介護老人福祉施設、 リーダーシップ、 コミュニケーション・スキル、 施設形態	従来型・ユニット型の介護老人福祉施設における介護職員が認識する上司のリーダーシップと上司のコミュニケーション・スキルの差異を明らかにし、介護職員の就労継続意識の関連性がどのように異なっているのか、共分散構造分析により、比較検証を実施。結果、ユニット型介護老人福祉施設の方が、従来型と比べて、上司のリーダーシップの集団維持行動、上司のコミュニケーション・スキルの職務遂行スキル、介護職員の就労継続意識全てにおいて有意に高かった。また、従来型とユニット型では、上司のリーダーシップや、上司のコミュニケーション・スキルが、就業継続意向に与えている影響が異なった。
内田ほか	高齢者介護施設、	高齢者介護施設における介護職員の離職防止の取り組みについ

(2021) [10]	離職防止	て、人事担当にインタビューを行い、カテゴリー化した上で、離職防止に向けた職場環境と離職意向の関連性について、共分散構造分析を実施。結果、介護の質向上への取り組みは離職意向を直接低め、トップダウンの管理体制は離職意向を直接高めていたことが明らかになった。また業務負担軽減の取り組み、適切な評価と人員配置に関しては、離職意向には直接の影響は見られなかったが、介護の質向上への取り組みを介して、離職意向を低めていたことが明らかになった。
富永ほか (2021) [31]	就業継続意向、 ユニットリーダー、 半構造化面接	介護職員の就業継続意向について、介護施設のユニットリーダーに対して、半構造化面接を実施し、帰納的アプローチから、質的記述的研究法によって分析。結果、【介護の仕事に対する愛着】【職場の結束力と職場内外のつながり】及び【支援的な職場目線の職場運営と人材開発】が介護職における就業継続の意向の要因として抽出された。
堀内ほか (2021) [38]	感覚処理感受性、 バーンアウト、 介護観	高齢者介護に従事する介護職員の感覚処理感受性、介護観、バーンアウト、離職意向の関連性について分析。結果、感覚処理感度とバーンアウトには有意な正の相関が見られたこと、またパス解析によって、感覚処理感受性がバーンアウト(「脱人格化」、「情緒的消耗感」)を介し、離職意向に影響を与える間接効果が明らかとなった。

出典:[5], [6], [9], [10], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [21], [22], [23], [27], [30], [31], [35], [38], [42], に基づき作成。

表 4:社会福祉士の離職に関する研究の整理

		研究内容
楢木ほか (2018) [32]	医療ソーシャルワーカー、 就業継続意向	医療ソーシャルワーカー(以下、MSW と記載)が離職を思いとどまる要因について、探索的因子分析を実施。結果、MSW が離職を思いとどまる要因について、「現状容認に至る職場」、「男性は職場内での資質向上志向・女性は家庭との両立ができる環境」、「資質向上が図れる職場・引き止められる環境」が示唆された。
保正ほか (2019) [37]	医療ソーシャルワーカー	MSW の離職意向に影響を及ぼす要因について、重回帰分析、共分散構造分析を実施。結果、「上司の配慮・誠実さ→部署環境の良し悪し→職員を尊重する組織運営/ワーク・エンゲイジメント」と「多様で標準化困難な業務」が示唆された。
水野ほか (2021) [40]	バーンアウト、 セルフ・コンパッション	若手のソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)におけるセルフ・コンパッション、バーンアウト、離職意向の関連性について分析をしている。セルフ・コンパッションと、バーンアウトの構成要素である情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感、離職意

		向の関連性について、パス解析を実施。結果、セルフ・コンパッションは情緒的消耗感と有意な負の関連、情緒的消耗感は離職意向と有意な正の関連が示唆された。

出典:[32], [37], [40]に基づき作成。

表 5:精神保健福祉士の離職に関する研究の整理

		研究内容
水野ほか (2021) [40]	バーンアウト、 セルフ・コンパッション	若手のソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)におけるセルフ・コンパッション、バーンアウト、離職意向の関連性について分析をしている。セルフ・コンパッションと、バーンアウトの構成要素である情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感、離職意向の関連性について、パス解析を実施。結果、セルフ・コンパッションは情緒的消耗感と有意な負の関連、情緒的消耗感は離職意向と有意な正の関連が示唆された。

出典:[40]に基づき作成。

表 6:保育士の離職に関する研究の整理

		研究内容
庭野 (2020) [34]	離職意向、 早期離職率	保育士の離職意向の規定要因に関する先行研究はないため、探索的に規定要因を分析。結果、離職意向との関連が認められた要因として、年齢、有配偶、現在の保育園の勤務年数、就業したことがある保育園数、設置主体、無認可・認可、給与、1 ヶ月の平均勤務日数、1 日の平均労働時間、勤務の融通、早期離職率があげられた。また離職意向との関連が認められなかった要因として、性別、小学校までの子どもの有無、学歴、園児数、非正規・正規、1 週間の平均残業時間、年次有給休暇消化率があげられた。

出典:[34]に基づき作成。

6. 参考文献

［1］ Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211.

［2］ Mobley, W.H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. Journal of Applied Psychology, 62, 237-240.

［3］ Mobley, W.H. Horner, S. O., and Hollingworth, A.T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. Journal of Applied Psychology, 63, 408-414.

［4］ Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. Current Directions in Psychological Science, 10, 47-51.

［5］ 青木宏昌，杉澤秀博，青木宏心（2019）「高齢者介護施設に勤務する介護福祉士養成大学卒業者の介護福祉士としてのキャリア継続要因」『老年学雑誌』第 10 号, pp.27-42.

［6］ 蟻本章子，工藤雄行，小池妙子（2011）「看護師と介護福祉士の職務継続要因 ―職業選択動機に関する検討―」『日本看護研究学会雑誌』第 33 巻，第 3 号, pp.47-54.

［7］ 井川純一，中西大輔，志和資朗（2013）「バーンアウト傾向の職種比較 ―仕事への情熱に着目して―」心理学研究，第 84 巻，第 4 号, pp.386-395.

［8］ 石川ひろの（2020）「保険医療専門職のための ヘルスコミュニケーション学入門」大修道館書店, pp.80-85.

［9］ 今井順子（2011）「介護職離職の構造に関する研究 ―介護福祉士養成学校卒業生の追跡調査から―」『植草学園短期大学研究紀要』第 12 巻, pp.1-12.

［10］内田和宏，李泰俊，加瀬裕子（2021）「高齢者介護施設における介護職員の離職意向に関連する要因の構造分析」『老年社会科学』第 42 巻，第 4 号, pp.289-300.

［11］宇野健太郎，田中恩（2022）「リハビリテーション従事者における離職石の規定要因に関する調査」『理学療法福岡』第 35 号, pp.106-109.

［12］大江真人，塚原節子，長山豊，西村千恵（2014）「日本看護科学会誌」第 34 巻，第 1 号, pp.217-225.

［13］大久保将貴（2016）「介護労働における就業継続意向の規定要因 ―”Prisoner of Love”仮説の検証―」『フォーラム現代社会学』第 15 巻, pp.46-59.

［14］大久保将貴（2017）「介護労働における早期離職率の規定要因 ―『1 年目の壁』はいかにして超えられるか―」『福祉社会学研究』第 14 巻, pp.147-167.

［15］大和三重，立福家徳（2013）「介護老人福祉施設における介護職員の離職要因 ―賃金と教育・研修を中心とした施設体制が離職率に与える影響―」『人間福祉学研究』第 6 巻，第 1 巻, pp.33-45.

［16］緒形明美，會田信子，長屋央子（2015）「介護老人福祉施設における介護職と看護職の離職予防についての検討」『日本看護科学会誌』Vol.35, pp.90-100.

［17］小木曽加奈子，阿部隆春，安藤巴惠，平澤泰子（2010）「介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因 ―職務における 9 つの領域別満足度との関連を中心に―」『社会福祉学』第 51 巻，第 3 号, pp.103-118.

[18]柿木志津江（2014）「福祉分野における就業定着に関連する要因について ―文献による検討―」『関西福祉科学大学紀要』, 第 18 号, pp.63-72.
[19]金子直美, 小長谷百絵（2017）「介護老人保健施設で働く看護職の離職意向に影響を及ぼす因子 ―ワーク・エンゲイジメントに注目した介入を目指して―」『昭和学士会誌』第 77 巻, 第 2 号, pp.170-180.
[20]岸田久美, 三島瑞穂, 長弘千恵, 喜多村定子, 吉永純子「看護師の勤務継続意志に関連する職務満足度と職場環境について」『徳島文理大学研究紀要』第 99 号, pp43-49.
[21]崔允姫（2018）「特別養護老人ホームにおける組織マネジメントが介護職の人材定着に影響を及ぼす要因 ―施設経営管理職へのインタビュー調査を中心として―」『社会福祉学』第 59 巻, 第 1 号, pp.40-55.
[22]佐藤ゆかり, 澁谷久美, 中嶋和夫, 香川幸次郎（2003）「介護福祉士における離職意向と役割ストレスに関する検討」『社会福祉学』第 44 巻, 第 1 号, pp67-78.
[23]白石旬子, 藤井賢一郎, 大塚武則, 影山優子, 今井幸充（2011）「個性が尊重されない『組織風土』における,『キャリア・コミットメント』の高い介護職員の離職意向と『介護観』の関連」『老年社会科学』第 33 巻, 第 1 号, pp.34-46.
[24]鈴木哲, 木村愛子, 内田芙美佳, 嘉田将典（2016）「理学療法士における職務満足度に関連する因子の検討」『理学療法科学』第 31 巻, 第 3 号, pp.413-418.
[25]武田圭太（1986）「組織における個人の転職行動に関する諸モデル」The Japanese Journal of Experimental Social Psychology1986, Vol.25, No,2, pp.163-170.
[26]田中聡美, 布施淳子（2019）「計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの構築」『日本看護科学会誌』第 42 巻, 第 4 号, pp.787-802.
[27]田中康雄（2021）「法人の各施設形態における介護老人福祉施設の上司のリーダーシップおよびコミュニケーション・スキルと介護職員の就労継続意識の関連性 ―経営組織の観点から―」『人間関係学研究』第 26 巻, 第 1 号, pp.25-39.
[28]田邊智美, 岡村仁（2011）「看護師の離職意向に関連する要因の検討 ―緩和ケア病棟における調査結果をもとに―」『Palliative Care Research』第 6 巻, 第 1 号, pp.126-132.
[29]知念真樹, 川崎道子, 牧内忍, 國吉香代子, 宮里澄子（2022）「離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や就業継続の要因に関する文献レビュー」『沖縄県立看護大学紀要』第 22 号, pp49-56.
[30]富永真己, 中西三春（2019）「高齢者介護施設における介護職の離職要因の実態 ―Healthy Work Organization の概念モデルを用いた質的研究―」『労働科学』第 95 巻, 第 4 号, pp.117-126.
[31]富永真己, 中西三春（2021）「介護職における就業継続の意向を高める要因 ―ユニットリーダーへのインタビューによる質的研究―」『日本公衛誌』第 68 巻, 第 7 号, pp.468-476.
[32]楢木博之, 保正友子, 杉山明伸, 大口達也（2018）「医療ソーシャルワーカーの離職を思いとどまる要因に関する研究」『身延山大学仏教学部紀要』第 19 号, pp.1-14.
[33]難波峰子, 矢嶋裕樹, 二宮一枝, 高井研一（2009）「看護師の組織・職務特性と組織コミットメントおよび離職意向の関連」『日本保健科学学会誌』第 12 巻. 第 1 号, pp.16-24.

[34]庭野晃子（2020）「保育従者の離職意向を規定する要因」『保育学研究』第 58 巻，第 1 号，pp.105-114.
[35]橋本力（2017）「介護老人福祉施設における介護職員のワーク・ライフ・バランスと職務満足度および離職意向の関連」『老年社会科学』第 38 巻，第 4 号，pp.401-409.
[36]春田悠佳，樋口匡貴（2020）「子宮頸がん検診受診の行動変容ステージを説明する認知変数 -行動実行モデルを用いた検討-」Journal of Health Psychology Research 2020, Vol. 32, No.2, pp.31-41.
[37]保正友子，杉山明伸，楢木博之，大口達也（2019）「医療ソーシャルワーカーの離職意向に影響を及ぼす要因」『日本福祉大学社会福祉論集』第 140 号，pp.1-20.
[38]堀内泉，高野惠子（2021）「高齢者介護に従事する介護職員の感覚処理感受性および介護観・バーンアウト・離職に関する検討」『甲子園短期大学紀要』第 39 巻，pp.31-37.
[39]松谷弘子，鈴木英子，塩見直子（2021）「小児専門病院における看護師の離職意向の関連要因」『日本建工医学会雑誌』第 30 巻，第 4 号，pp.407-418.
[40]水野雅之，菅原大地，谷修次朗，吹谷和代，佐藤純（2021）「若手のソーシャルワーカーのバーンアウトと離職意向，セルフ・コンパッションの関連」『東京家政大学研究紀要』第 61 集， pp.105-110.
[41]水野雅之，菅原大地，谷秀次郎，吹谷和代，佐藤純（2021）「若手の理学療法士・作業療法士のバーンアウト傾向とセルフ・コンパッションの関連」『心理学研究』第 92 巻，第 3 号，pp.197-203.
[42]森脇志織，楠あかね，神原知佐子（2020）「介護保険施設に勤務する管理栄養士の職務満足度およびワーク・ライフ・バランス」『日本栄養士会雑誌』第 63 巻，第 9 号，pp.38-45.
[43]矢田浩紀，安倍博史，大達亮，岩永靖，山根俊恵（2016）「精神保健福祉士の職業性ストレス研究に関する現状と今後の展望」『日本衛生学会』第 71 巻，第 1 号，pp47-54.
[44]渡邊里香，荒木田美香子，鈴木純恵（2010)「若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の検討 ―1 年目と 5 年目の比較―」『日本看護科学会誌』第 30 巻，第 1 号，pp52-61.
[45]和田三幸，小野田公，丸山仁司（2020）「理学療法士のリアリティショックおよびバーンアウトの状況調査 ―卒業前と就職3ヶ月後の比較―」『理学療法科学』第 35 巻，第 1 号，pp.121-124.

令和４年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告書

対人支援専門職の共通基礎課程の実装・運用に向けた検討―関係団体ヒアリング

分担研究者　堀田 聰子（慶應義塾大学　大学院健康マネジメント研究科教授）
研究協力者　小野 太一（政策研究大学院大学教授）
川越 雅弘（埼玉県立大学大学院教授）
大西 弘高（東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター講師）

A. 研究目的

「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年６月閣議決定）において、医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討するとされ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」（平成 29 年４月）では、医療・介護・福祉全体を見渡し、幅広い職種間の基礎教育内容の共通化や単位互換を目指して検討が進められるべき、対人支援を行う専門資格に共通して求められる能力・教育内容を国レベルで明確化し、地域における検証を経て、共通基礎課程を導入するプロセスとすることで、地域の実践において必要とされる能力と整合的なものとすべきとされた。孤独・孤立対策推進会議「孤独・孤立対策の重点計画」（令和３年 12 月）では、福祉・保健・教育等の複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫（複数分野の資格の取得を含む）も求められ、人と人との「つながり」を実感できる地域づくりを行うこととされている。

これに関連し、平成 28 年度厚生労働科学研究「医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究」（研究代表者　大西弘高）は、コンピテンシー基盤型教育、専門職種間連携とその教育を見据えた展望の明確化が望ましいことを指摘、以上を踏まえた平成 29 年度「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究」（研究代表者　堀田聰子）では、地域共生社会の実現に向けて我が国の対人支援を行う専門職に共通して求められるコンピテンシーの試案作成と試行的なフィールド調査を含めた検討を実施した。

さらに平成 30 年度～令和２年度「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（同）は、対人支援専門職（看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士）の四年制大学課程で１年程度分として導入可能なモデルカリキュラムを開発、令和３年度に検証した。

本研究は、上記の研究の成果をもとに関係団体等との対話を行い、共通基礎課程の実装・運用に関する検討の基礎資料とすることを目的とする。

B. 研究方法

厚生労働省の方針により、対人支援専門職の共通基礎課程の実装にかかわる当面の検討対象とされた７職種（看護師、作業療法士、理学療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士）の職能団体及び教育関連団体に対する研究班側からの説明と、これに基づくヒアリング・意見照会を実施した（説明資料別添）。理解を深めるため、補足的に関係団体からのご提供資料、関係団体ウェブサイトおよび文献調査を行った。

（倫理面への配慮）

研究班から団体事務局等に対してメールで趣旨を伝えたうえでアポイントをとり、研究班及び厚生労働省から研究の背景と経緯、研究班におけるヒアリングの位置づけ等についてご説明を経て、各団体の対応についてご検討頂き、ヒアリング及び意見照会にご協力頂くこととした。

1. 職能団体へのヒアリング

1）ヒアリング項目

共通基礎課程のコンピテンシー試案やモデルカリキュラム案の精査を目的に、以下の項目について、ヒアリングを行った。

① 地域共生社会の実現に向けて期待される当該資格職種の人材像
② 当該資格職種の生涯教育体系

③ 卒前教育に求めること
④ 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案に対するご意見
⑤ その他

2) 実施概要

７職種の職能団体に対して、まずオンラインミーティングで厚生労働省から共通基礎課程検討の背景とねらい、研究班から関連する厚生労働科学研究の経緯と検討状況についてご説明、質疑応答を行い、ヒアリングの目的・項目をお伝えしたうえ（説明・質疑応答）、各団体のご希望を踏まえてヒアリングの形態・時期を調整した。文書での回答を除くと、いずれもオンラインミーティングで厚生労働省がオブザーバー参加して実施した（ヒアリング）。

職種	団体名	説明・質疑応答	ヒアリング
看護師	日本看護協会	9 月 26 日(月)15:00～16:00	文書で回答
理学療法士	日本理学療法士協会	9 月 9 日(金)15:00～16:00	11 月 21 日(月)10:00～11:30
作業療法士	日本作業療法士協会	9 月 7 日(水)18:00～19:00	9 月 25 日(日)19:00～20:30
介護福祉士	日本介護福祉士会	9 月 14 日(水)18:30～19:30	11 月 16 日(水)15:30～17:00
社会福祉士	日本社会福祉士会	9 月 11 日(日)18:00～19:00	10 月 6 日(木)19:00～20:30
精神保健福祉士	日本精神保健福祉士協会	9 月 14 日(水)11:00～12:00	10 月 21 日(金)10:30～12:00
保育士	全国保育士会	9 月 28 日(水)13:30～14:30	11 月 9 日(水)14:00～15:30

2. 教育関連団体へのヒアリング

1) 実施概要

７職種の教育関連団体に対して、まずオンラインミーティングで厚生労働省から共通基礎課程検討の背景とねらい、研究班から関連する厚生労働科学研究の経緯と検討状況についてご説明、質疑応答を行い、質問事項を文書でお示しし（説明・質疑応答）、各団体から文書で回答を得た。

なお、各団体からの回答にかかわる留意点は以下のとおり。

- 日本看護系大学協議会（JANPU）からは、「今回の質問内容は共通基礎課程の実行を前提としていている。JANPU としては共通基礎課程の実行に反対しており、回答が肯定意見として政策提言に連結されることが懸念される」ため、質問ごとの回答ではなく、意見書としての提出をいただいた。
- 日本介護福祉士養成施設協会からは、主だった委員からの回答をとりまとめた文書として送付いただいた。
- 日本ソーシャルワーク教育学校連盟からは、「基本的に、社会福祉士・精神保健福祉士は 2021 年度から新カリキュラムが開始したばかりであり、現時点で養成課程に手を加えるような変更を想定できる状況にない」が、あえて現時点でコメントするならば、という注記のうえで、２点のコメントをお寄せいただいた。

職種	団体名	説明・質疑応答
看護師	日本看護系大学協議会	11 月 18 日(金)11:30～12:30
理学療法士・作業療法士	全国リハビリテーション学校協会	9 月 22 日(木)17:00～18:00
理学療法士	全国大学理学療法学教育学会	11 月 4 日(金)14:00～15:00
介護福祉士	日本介護福祉士養成施設協会	10 月 18 日(火)10:30～11:30
社会福祉士・精神保健福祉士	日本ソーシャルワーク教育学校連盟	9 月 29 日(木)15:00～16:00
保育士	全国保育士養成協議会	11 月 18 日(金)10:30～11:30

2) 質問事項

各団体に示した質問事項は以下のとおり。

1．共通基礎課程の導入・実装について

・ 共通基礎課程の導入の狙いは、前回のヒアリング時にご説明しましたとおり、
① 職種や分野を超えた共通言語を持ち、地域共生社会の実現に資する人材の育成
② 複数の医療・福祉資格を取得しやすくし、医療・福祉人材のキャリアパスを複線化
といったものです（②の背景として、今後の人口減少や医療・福祉サービス需要の増大等を想定）。

貴団体において、４年制大学でこうした共通基礎課程を導入することのメリットをどのようにお考えか、お聞かせください。また、共通基礎課程を実装するに当たって課題と考えられる事項についても併せてご教示ください。

（メリットの例）
・ 共通基礎課程の導入による教育の質の確保（多職種連携等）
・ 共通基礎課程の導入を標榜することによる周囲への宣伝効果
・ 資格保有者やダブルライセンス取得希望者、進学先を決定する高校生等への訴求効果

（学生数の確保、増員、大学経営の安定効果）
・ 大学学部間やコンソーシアム間での連携強化

2．コンピテンシー試案（6 領域・41 コンピテンシー）について

・ 現在各大学において実施されている既存のカリキュラムにおいて、カバーされていない、あるいはカバーすることが困難と考えられるコンピテンシーもしくはコンピテンス領域があれば、ご教示ください。
・ コンピテンシー試案全体をつうじてお気づきの点やご意見があればご教示ください。

3．モデルカリキュラム（600 時間・30 単位分）について

・ 各コンピテンシーを習得するために必要となる履修時間（単位）や教育方略等を示すために、600 時間・30 単位分となる共通基礎課程のモデルカリキュラム案を作成しています。あわせて共通基礎課程修了時の教育（学習）目標、それを達成させるための教育方略や評価手法を選定し、ルーブリック試案を作成しているところです。

各大学で共通基礎課程を導入する際には、これらを用いて、各大学において実施されている既存のカリキュラムとコンピテンシーをシラバスベースで突合し、各コンピテンシーに対する教育（学習）目標への到達を確認していただくことを想定していますが、こうした方式の実現性についてどのようにお考えか、また実務上の課題として想定される点があればご教示ください。

4．複数の資格を取得しやすくする仕組みについて

・ 共通基礎課程導入の狙いのうち「複数の医療・福祉資格を取得しやすくする」ことに向け、共通基礎課程の修了者が２つ目の国家資格を取得する方法として、現時点では、
① 同一の大学で複数資格を取得する場合（４年間プラスαで修士号取得を含む）
② 複数の大学（共通基礎課程を導入している大学同士（コンソーシアム／非コンソーシアム））で複数資格を取得する場合
③ 複数の大学（共通基礎課程を導入している大学を卒業後、同課程を導入していない大学に編入）で複数資格を取得する場合
を想定しております。
こうした方式の実現性についてどのようにお考えか、また実務上の課題として想定される点があればご教示ください。

・ 同様に、上記①から③の方式により、各大学において、本人の希望に応じて２つ目の国家資格を取得する共通基礎課程の修了者に対応し、指定規則の修業年限に縛られない柔軟なカリキュラム編成を可能とすることについて、お考えをお聞かせください（例：指定規則上の修業年限に関わらず、それより短い期間で国家試験の受験資格取得を可能とする）。

5．その他

４年制大学への共通基礎課程導入や実装に関して、その他ご意見やご要望があればご教示ください。

C. 研究結果

1. 地域共生社会の実現に向けて期待される当該資格職種の人材像について

各職能団体へのヒアリング及び提供資料、団体ホームページ、厚生労働省ホームページ等をもとに、地域共生社会の実現に向けて期待される当該資格職種の人材像を整理した。

1) 看護師

日本看護協会は、研究班のヒアリング回答文書（以下看護師に関する箇所で「[日看協文書]」とする）において、地域共生社会の実現に向けて期待する看護師像として、「患者像の複雑・多様化や医療の高度複雑化、医療提供の場の拡大ならびに、看護師の役割拡大等の看護に対する社会的ニーズを見据えて、より総合的な看護が提供できる看護師」とし、具体的には、

- 患者のもつ複数の疾患、行われている様々な治療を踏まえ、身体状況やその変化を的確にアセスメントできる、高い臨床推論能力
- 医療機関における個別性の高い看護の提供に加えて、治療や療養に関する意思決定を支援するとともに、患者を生活者として捉え、疾患や治療に伴う心身の状態の変化から、退院した後もその人らしく療養することができるよう、必要となるケアを計画し実施する能力
- 在宅においては、その人の生活状況の変化に応じて、治療や療養の方法、社会資源をタイムリーに調整していく総合的な能力
- 医療・介護等の多職種チームにおいて、患者の目標を共有し、患者や家族を始め関係職種とコミュニケーションを取りながら、患者へのケア全体を総合的にマネジメントする能力

を指摘している。

またこうした看護師像が求められることとなる背景にある社会のニーズについては「日看協文書」にて、

- 少子高齢社会による患者の高齢化の進行により、看護師のケアの対象者は、複雑性や多様性が増していること
- 平均在院日数の短縮化や医療の高度化に対応する必要があること
- チーム医療のキーパーソンとして安全で安心な医療が提供されるよう、マネジメントしていく能力が求められること

があり、また

- 急性期医療から回復期、慢性期医療とともに、在宅をはじめとした地域へと拡大する医療提供体制の変化に伴って、期待される役割はさらに拡大するとともに、
- 共生型サービスの創設等により、地域の全世代に対応することが出来る看護師の能力獲得等、今後も看護に対する社会のニーズは一層高まっていくと予測される、

と整理している。

2) 理学療法士

日本理学療法士協会が養成を目指している人材像として、以下の 8 点が示されている。なお、この案は、当協会の指定規則等検討部会が 2022 年にまとめたものである。

① プロフェッショナリズム
② 対象者の尊厳ある自立を守り、総合的にみる姿勢
③ 生涯に渡って自己研鑽に励む姿勢
④ 科学的探究
⑤ 根拠に基づいて課題解決を図る能力
⑥ 情報・科学技術を活用し、適切に判断・処理する能力
⑦ コミュニケーション能力
⑧ 多職種や地域・住民と連携し協働する能力

3） 作業療法士

日本作業療法士協会は、作業療法を「人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す」と定義している。

また、第四次作業療法５か年戦略（2023-2027）のスローガンを「人々の活動・参加を支援し、地域共生社会の構築に寄与する作業療法」とした上で、作業療法士の役割を、「地域のさまざまな場（医療・介護・福祉・保健・教育・労働・司法等の領域）にいて、地域に根ざしながら、専門職間のつながりはもとより、そこで共に暮らしている健康な人・障害のある人を含む老若男女すべての人を対象に（または協働して）、作業（生活行為）に焦点を当てた支援や調整によって、人と人のつながり、人と社会のつながりを創り出し、人々の健康と幸福を促進する」としている。

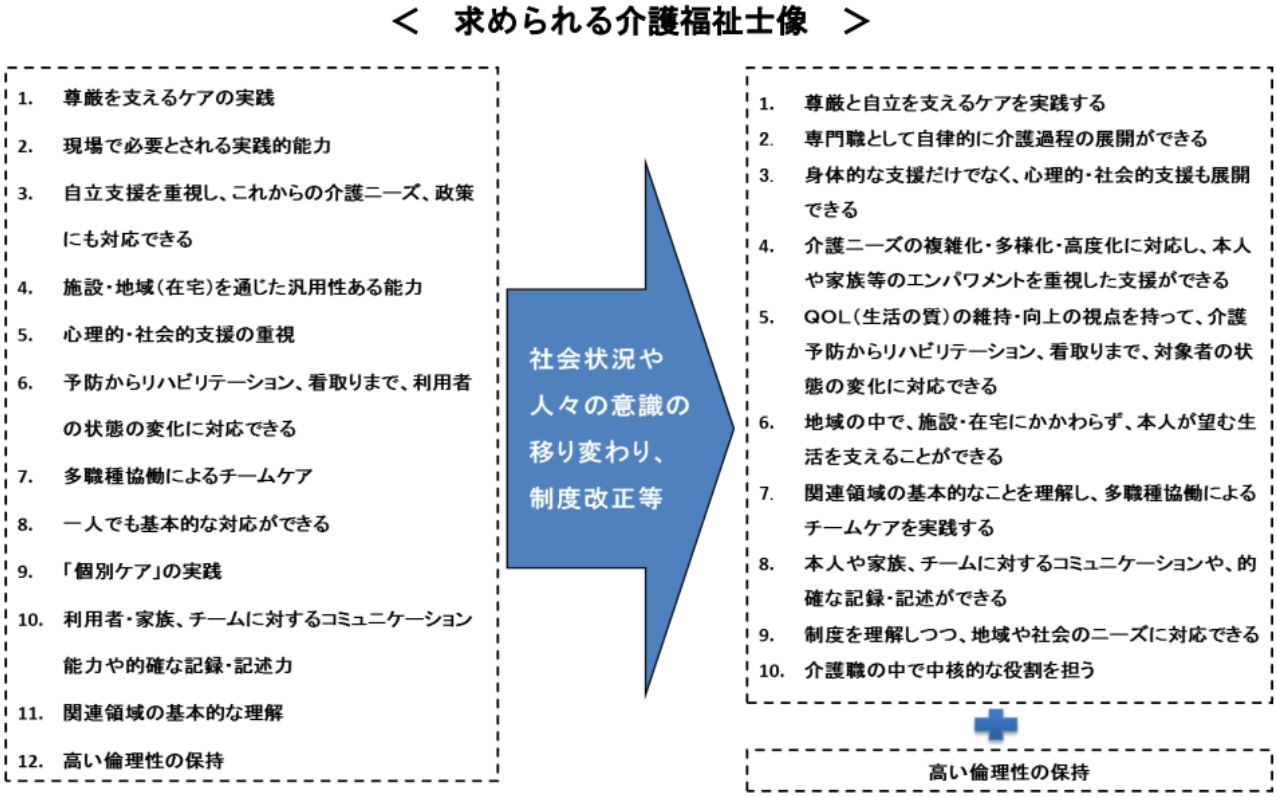
4） 介護福祉士

平成 29 年 10 月にとりまとめられた、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」では、求められる介護福祉士像を図表 1 のように整理している。利用者の暮らしを支えることを専門性として、本人のニーズを代弁、地域のニーズ・課題を発見して、住み慣れた地域で暮らし続けることを他の専門職や地域住民との協働により実現すべく、自立的に行動できる人材像となる。

同報告では、介護福祉士は介護現場において専門性をもってチームケアを推進する際のリーダーとしての役割を担うことが期待されており、高度な技術を有する介護の実践者としての役割／介護技術の指導者としての役割／介護職チーム内のサービスのマネジメントをする役割を担うべきとしている。

なお、1995 年に宣言された日本介護福祉士会倫理綱領において、利用者本位、自立支援／専門的サービスの提供／プライバシーの保護／総合的サービスの提供と積極的な連携、協力／利用者ニーズの代弁／後継者の育成　に加えて　地域福祉の推進が明記されている。

図表１：求められる介護福祉士像



出所）社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2017）『介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて』

5) 社会福祉士

社会福祉士に、ソーシャルワークの専門職として地域共生社会の実現に向け、多様化・複雑化する地域の課題に対応するため、他の専門職や地域住民との協働、福祉分野をはじめとする各施設・機関等との連携といった役割を担っていくことが期待されるなか、求められるソーシャルワーク機能やそのなかで社会福祉士が担うべき役割、実践力強化のための方策等についての議論を行い、とりまとめたのが、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」（平成 30 年 3 月）である。

ここでは、社会福祉士が高齢者支援、障害児者支援、子ども・子育て支援、生活困窮者支援等の幅広い分野で活用され、教育や司法等の分野でも活用が期待されている現状、社会経済状況の変化のなか地域共生社会の実現が目指されるなか、必要な体制構築の推進にあたって、社会福祉士が担う今後の主な役割として以下の点が整理されている。

① 複合化・複雑化した課題を受け止める多機関の協働による包括的な相談支援体制の構築の推進：社会福祉士にはアウトリーチなどにより個人やその世帯全体の生活課題を把握するとともに、分野別、年齢別に縦割りとなっている支援を多分野・多職種が連携して当事者中心の「丸ごと」の支援とし、地域住民等が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりと連動して、必要な支援を包括的に提供していくためのコーディネートを担うことが求められる。
② 地域住民等が主体的に地域課題を把握し、解決を試みる体制の構築の推進：社会福祉士には、地域住民に伴走しつつ、地域住民の活動支援や関係者との連絡調整を行う等の役割を果たすことが求められる。
③ 個別の相談援助のほか、自殺防止対策、成年後見制度の利用支援、虐待防止対策、矯正施設退所者の地域定着支援、依存症対策、社会的孤立や排除への対応、災害時の支援、多文化共生など、幅広いニーズに対応するとともに、教育分野のスクールソーシャルワークなど、様々な分野においてソーシャルワークの機能を発揮していく役割を果たすことが求められる。

ヒアリングにおいては、上記の報告とその後のカリキュラム改定、重層的支援体制整備事業等の実施に伴う社会福祉士の活用等の社会的ニーズの高まりを踏まえ、これからの社会福祉士像として、以下が示された（2021 年 9 月 27 日に社会福祉士国家試験の在り方に関する検討会構成員各位宛に、日本社会福祉士会会長名で出された「社会福祉士国家試験の在り方について（意見）」 1　求められる社会福祉士像　として整理されたもの）。

① ソーシャルワーク専門職として、ソーシャルワークの価値・倫理（2014 年 7 月に改訂されたソーシャルワークのグローバル定義（以下「グローバル定義」という。）に基づく「人権擁護」、「社会正義の実現」、「多様性の尊重」、「集団的責任」等）を体現する社会福祉士
② クライエントに対する個別支援（ミクロレベル）、地域住民及び専門職等と協働する地域共生社会の実現に資する実践（メゾレベル）、社会変革に資する実践（マクロレベル）を連動させたソーシャルワーク実践ができる社会福祉士
③ 多様化、複合化、複雑化している問題を解決するため、制度・分野・業種を横断したさまざまな人々や機関と連携・協働しながら、ソーシャルワーク機能を発揮できる社会福祉士
④ すべての人々のウェルビーイングの増進に向けて、あらゆる人々をエンパワメントすることができる社会福祉士

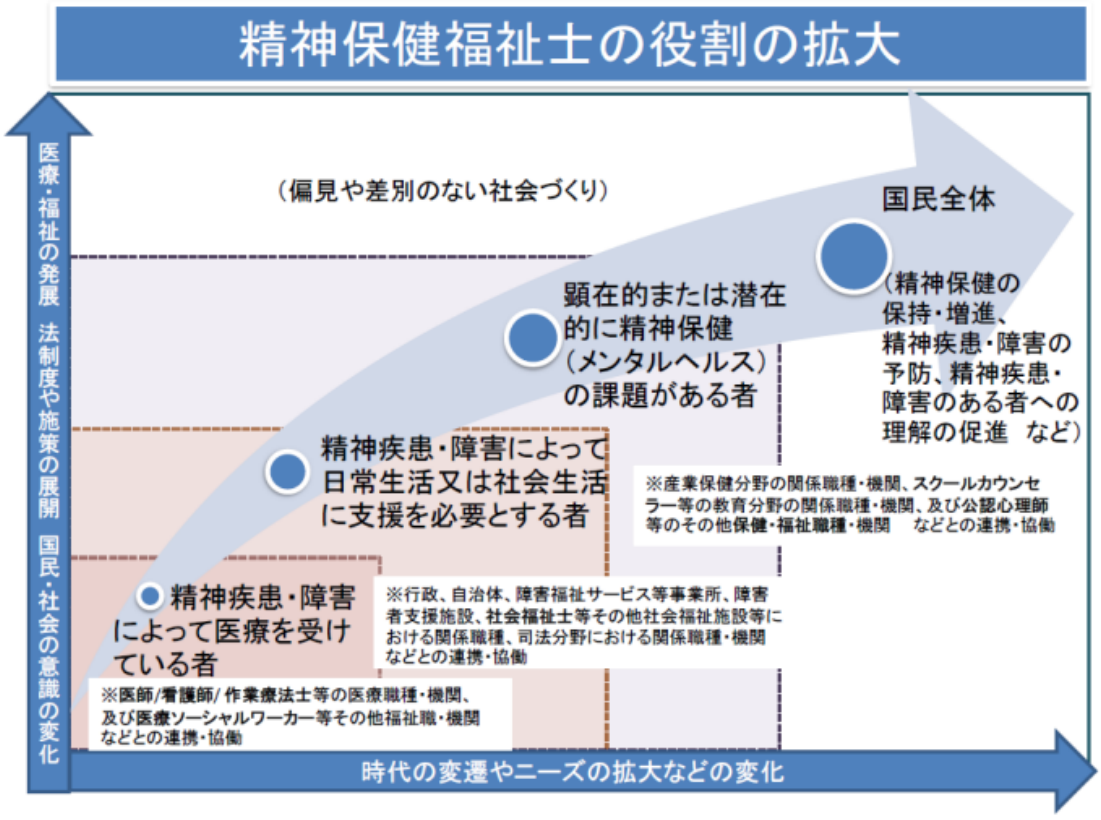
6） 精神保健福祉士

平成 9 年に「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、その社会復帰に関する相談援助を行う者」として精神保健福祉士法に資格が定められている。精神保健福祉士を取り巻く環境変化、平成 28 年 12 月の厚生労働省の地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会の中間とりまとめ、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」（平成 30 年 3 月）における指摘等を踏まえて設置された精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会の中間報告書では、その役割が拡大（図表２）するなかで、普遍的な役割や基盤となる役割（価値・理念、倫理原則・責務、視点）、変化に応じた役割（対象や課題に応じた支援の目的・目標、業務）、役割に応じて必要となるもの（機能、技能・技術、理論・知識）の整理を行っている。

さらに、今後も地域共生社会の実現に向けて一層求められる精神保健福祉士の役割として以下 7 点をあげている。

① 精神疾患・障害によって医療を受けている者等への援助
（医療機関内外での相談や支援など）
② 医療に加えて福祉の支援を必要とする者等への援助
（日常生活や社会生活への支援など）
③ 医療は受けていないが精神保健（メンタルヘルス）課題がある者への援助
（顕在的ニーズの発見、回復への支援、アウトリーチなど）
④ 精神疾患・障害や精神保健（メンタルヘルス）課題が明らかになっていないが、支援を必要とする可能性のある者への援助（情報提供、理解の促進、潜在的ニーズの発見、介入など）
⑤ ①～④に関連する多職種・多機関との連携・協働における調整等の役割
（マネジメント、コーディネート、ネットワーキングなど）
⑥ 国民の意識への働きかけや精神保健の保持・増進に係る役割（普及、啓発など）
⑦ 精神保健医療福祉の向上のための政策提言や社会資源の開発と創出に係る役割

図表２：精神保健福祉士の役割の拡大

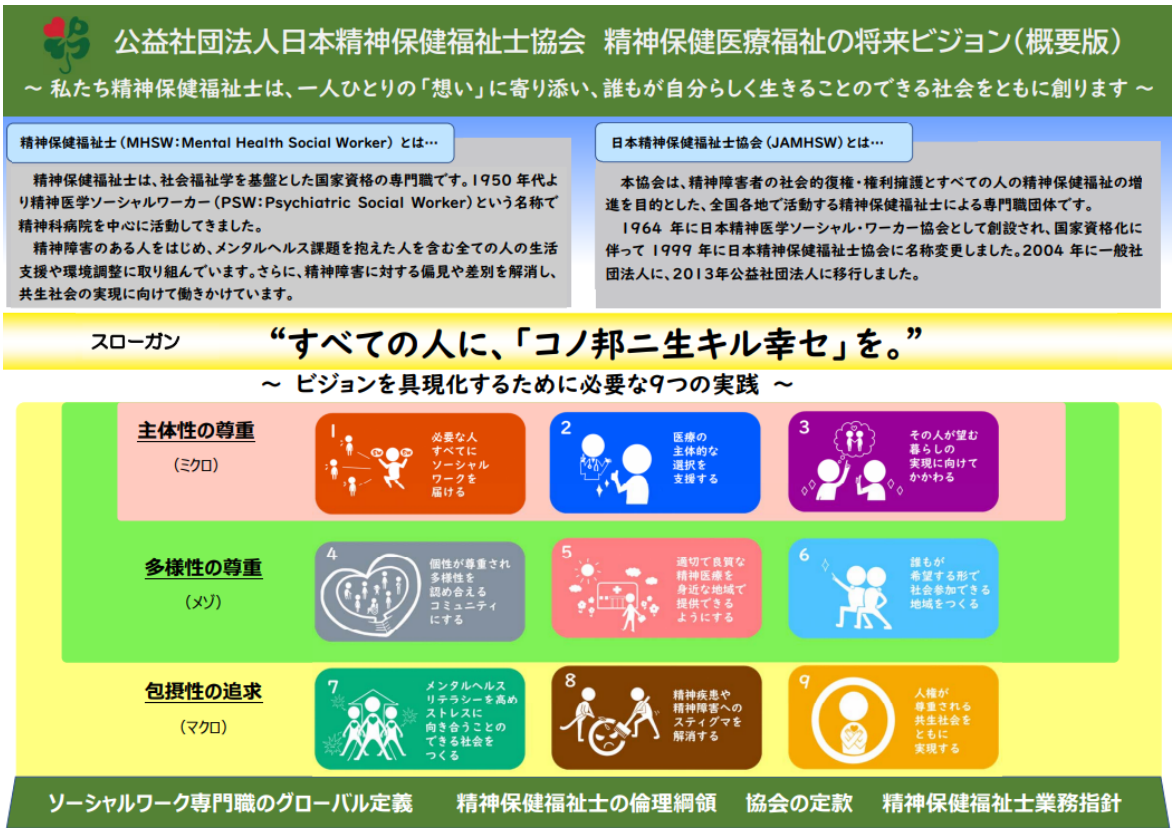


出所）精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会（2019）
「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会中間報告書」

ヒアリングにおいては、さらに今後の精神保健福祉のあるべき姿（ビジョン）を示し、その実現に向けて協会が取り組むべきことの長期目標・中間計画を定めた「精神保健医療福祉の将来ビジョン」の紹介とともに（図表３）、地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉士の人材像に関して以下のコメントがあった。

- 精神障害者の社会的復権と権利擁護を礎に、精神医療の体制に批判的な視点を持ちつつ加担していた可能性のある加害者性への省察、当事者とのかかわりを軸とした支援など、国家資格化以前の精神医学ソーシャルワーカーが蓄積してきた固有の価値を醸成する。
- 上記を基盤として取り組むとともに、今日の増大するメンタルヘルス課題への取組みに汎化させる視点を持つ。
- 精神障害の有無にかかわらず、誰もが自分らしく生きることのできる社会を目指して、ミクロレベル（一人ひとりの主体性の尊重）、メゾレベル（多様性が尊重される地域づくり）、マクロレベル（差別や不平等を解消し社会の包摂を追求する）それぞれに働きかける力を養う。

図表３：精神保健医療福祉の将来ビジョン



出所）日本精神保健福祉士協会（2022）「精神保健医療福祉の将来ビジョン（概要版）」

7） 保育士

全国保育士会として、明示的に「期待される人材像」という形で策定されたものはないが、2003年2月、同年11月から保育士資格が国家資格化されるのを機に策定された「全国保育士会倫理綱領」においては、保育士を含む全国保育士会会員の行動規範として、以下の8点が掲げられている。

① 子どもの最善の利益の尊重
（一人ひとりの子どもの最善の利益を第一に考え、保育を通してその福祉を積極的に増進するよう努める）
② 子どもの発達保障
（養護と教育が一体となった保育を通して、一人ひとりの子どもが心身ともに健康、安全で情緒の安定した生活ができる環境を用意し、生きる喜びと力を育むことを基本として、その健やかな育ちを支える）
③ 保護者との協力
（子どもと保護者のおかれた状況や意向を受けとめ、保護者とより良い協力関係を築きながら、子どもの育ちや子育てを支える）
④ プライバシーの保護
（一人ひとりのプライバシーを保護するため、保育を通して知り得た個人の情報や秘密を守る）
⑤ チームワークと自己評価
（職場におけるチームワークや、関係する他の専門機関との連携を大切にするとともに、自らの行う保育について、常に子どもの視点に立って自己評価を行い、保育の質の向上を図る）
⑥ 利用者の代弁
（日々の保育や子育て支援の活動を通して子どものニーズを受けとめ、子どもの立場に立ってそれを代弁するとともに、子育てをしているすべての保護者のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割と考え、行動する）
⑦ 地域の子育て支援
（地域の人々や関係機関とともに子育てを支援し、そのネットワークにより、地域で子どもを育てる環境づくりに努める）
⑧ 専門職としての責務
（研修や自己研鑽を通して、常に自らの人間性と専門性の向上に努め、専門職としての責務を果たす）

2. 当該資格職種の生涯教育体系

各職能団体の生涯教育体系について、団体へのヒアリング、文書による回答（日看協文書）および各種資料（団体作成資料、団体ホームページ、動画、厚生労働省資料等）をもとに把握した。

1） 看護師

a)日看協からの回答

・新人看護職員については、保健師助産師看護師法および看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成 22 年より研修が努力義務化され、施設規模や地域によらず、全国の看護職を雇用する施設において、厚生労働省の示している「新人看護職員研修ガイドライン」に基づく研修が実施されている。

・また、専門領域で卓越した技術・知識を持つ看護師の育成として、専門看護師制度・認定看護師制度を、また看護管理者の育成として認定看護管理者制度を 1990 年代より、看護界の総意として制度化して進めており、教育カリキュラムの策定や認定審査及び更新審査等を通じて、質の担保を図っている。

・看護師の生涯学習としては、各施設での継続教育に関して、日本看護協会は 2000 年に「継続教育の基準」を、2016 年には「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）を公表し、推進を図ってきたところであり、各施設でのラダー等に基づく人材育成の他、都道府県行政や職能団体、学会等での研修実施等の取り組みが行われている。

また、新たに日本看護協会において 2023 年度の公表を目指し、現在、看護職の生涯学習ガイドラインおよびガイド（仮称）の検討を進めている。

その中では、働く場や領域を問わず、看護師に求められる能力を ICN（International Council of Nurses）のコンピテンシーを参考に策定し、またその能力を獲得するための学習項目についても整理を行っている。今後は、これらに基づく研修等の学習機会が、本会のみならず看護職の生涯学習に関わる機関でも実施されるよう、関係機関・団体と連携・協働していく予定である。

さらに、働く領域や役割ごとに必要な知識・技術等については、訪問看護入門プログラムなど標準化した内容を公表・提供しているとし、2022 年度においては厚生労働省の委託を受け、外来での活動に必要な研修プログラムの検討も行っている。

b)詳細

a)の日本看護協会からの文書を基に、詳細を同協会ホームページ等で参照し、研究班にて以下のように取りまとめた。

・新人看護職員

厚生労働省の示している「新人看護職員研修ガイドライン」においては、まず看護師に求められる臨床実践能力の構造として、基本的姿勢と態度、技術的側面、管理的側面があり、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されるべきものであるとしている。（図表４）。そして具体的な到達目標を、「看護職員として必要な基本姿勢と態度」16 項目、「技術的側面：看護技術」70 項目、「技術的側面：助産技術」28 項目、「管理的側面」18 項目示している。さらにはその設定手順等について述べた後、研修方法、研修評価などについて記述されている。

図表４：臨床実践能力の構造（看護師）

図２　臨床実践能力の構造

出所）厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」（2014 年 2 月）

・専門看護師制度・認定看護師制度、認定看護管理者制度

専門看護師とは、専門看護分野（変化する看護ニーズに対して、独立した専門分野として知識及び技術に広がりと深さがあると日本看護協会専門看護師制度委員会が認めたものであり、14 分野（がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護、遺伝看護、災害看護、放射線看護）において、次の 6 つの役割を果たすものとされている。

- 家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。（実践）
- 看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。（相談）
- 必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーションを行う。（調整）
- 個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決を図る。（倫理調整）
- 看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。（教育）
- 専門知識及び技術の向上並びに開発を図るために実践の場における研究活動を行う。（研究）

専門看護師の認定過程としては、日本国の看護師の免許を得ていることを条件に、「看護系大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位（総計 26 単位または 38 単位）を取得していること及び実務研修が通算 5 年以上あり、うち 3 年間以上は専門看護分野の実務研修であること」を満たし、認定審査（書類審査・筆記試験）により認められることとなっている。また専門看護師資格は 5 年ごとに更新（看護実践の実績、研修実績、研究業績等書類審査）することとされている。

認定看護師とは、特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりと質の向上を図ることを目的とした制度であり、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者として、日本看護協会の認定を受けた看護師のことを言う。認定看護の分野は以下のようなものとなっており、旧制度においては 21 分野あったものが、現在は 19 分野のものとなっている。旧制度（A 課程）の認定を受けた者が新制度（B 課程）の制度の下での認定看護師となるためには、特定行為研修を経ていることが必須とされている。（図表５）

図表５：認定看護分野一覧（A 課程（旧制度、緑）、B 課程（新制度、赤））

表１　認定看護分野一覧と分野統合および分野名変更の理由

現行の認定看護分野（21分野）	新たな認定看護分野（19分野） 赤字：統合した分野 青字：分野名を変更した分野	分野統合および分野名変更の理由
救急看護	クリティカルケア	医療・社会のニーズから集中的な治療を必要とする患者へのケアに特化した新たな分野を創設した。分野名はクリティカル期にある重症患者を対象とすることから「クリティカルケア」とした
集中ケア		
緩和ケア	緩和ケア	症状緩和技術やがん性疼痛に対する薬剤の知識などの両分野の強みをいかし幅広く活動できる分野とするため統合した。分野名は非がん患者に対するケアの充実が期待されているため「緩和ケア」とした
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	がん薬物療法看護	がん対策基本法に基づく第３期がん対策推進基本計画から「化学療法」が「薬物療法」に変更されたため
訪問看護	在宅ケア	入院施設等の退院支援実践者も受講するようになり、現行の分野名では CN の役割を表現しきれなくなっているため
不妊症看護	生殖看護	近年では「生殖医療」に不妊症が包含されているため
透析看護	腎不全看護	透析導入を予防するためには「透析看護」では不十分なため
摂食・嚥下障害看護	摂食嚥下障害看護	「摂食・嚥下」から「摂食嚥下」へ用語が変更となったため
小児救急看護	小児プライマリケア	救急場面だけではなく外来・地域などのプライマリの場を中心として子どもの健康問題に対応できるようにするため
脳卒中リハビリテーション看護	脳卒中看護	「リハビリテーション」という用語によって看護を提供する場が限定されたイメージであるため
慢性呼吸器疾患看護	呼吸器疾患看護	急性と慢性が連続性を持った病態であるため、区分せずに専門的なケアの提供が必要であるため
慢性心不全看護	心不全看護	
皮膚・排泄ケア	皮膚・排泄ケア	分野統合や分野名に変更なし
感染管理	感染管理	
糖尿病看護	糖尿病看護	
新生児集中ケア	新生児集中ケア	
手術看護	手術看護	
乳がん看護	乳がん看護	
認知症看護	認知症看護	
がん放射線療法看護	がん放射線療法看護	

出所）日本看護協会ホームページ

認定看護師の認定過程としては、日本国の看護師の免許を得ていることを条件に、「看護師免許取得後、実務研修が通算５年以上あること（うち３年以上は認定看護分野の実務研修）」を満たし、認定看護師教育機関に入学の上修了したうえで、認定審査により認められることとなっている。また認定看護師資格は５年ごとに更新（書類審査）することとされている。

認定看護管理者制度は、多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、 看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献する目的で設けられた。日本看護協会の認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有すると認められた者をいう。認定看護管理者の認定過程としては、日本国の看護師の免許を得ていることを条件に、「看護師免許を取得後、実務経験が通算５年以上あることそのうち通算３年以上は看護師長相当以上の看護管理の経験があること」を満たし、「認定看護管理者教育課程サードレベル（※一定の基準に基づき認定された教育機関で行われる）を修了している者」であり、かつ「看護管理に関連する学問領域の修士以上の学位を取得している者（看護管理に関連する学問領域を専攻していることが確認できる、または、看護管理特論、看護管理演習、看護管理研究、経営組織論、経済論、労務管理、保健医療福祉政策等の看護管理に関連する単位を取得しており、かつ修士論文において、看護管理に関する内容を記載している者）」について、認定審査により認められることとなっている。また認定看護管理者資格は５年ごとに更新（看護管理実践の実績と自己研鑽の実績等）することとされている。

・生涯学習

日本看護協会が定める「看護師のクリニカルラダー」は、5段階（基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する、標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する、ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する、幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する、より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しＱＯＬを高めるための看護を実践する）のレベルに分かれ、それぞれのレベルに応じ、「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」の観点における「レベルごとの目標」と「行動目標」が定められている。（図表６）

図表６：看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」

看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力

定義	レベル		I	II	III	IV	V
	レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
看護の核となる実践能力	ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】	助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる
		【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	□自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	□ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる □得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	□予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	□複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる □ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	ケアする力	【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する	様々な技術を選択・応用し看護を実践する	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する
		【行動目標】	□指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる □指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる □看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる	□ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる □ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる □ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	□ケアの受け手の個別性に合わせて、適切なケアを実践できる □ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズを探知しケアの方法に工夫ができる □ケアの受け手の個別性をとらえ、看護実践に反映ができる	□ケアの受け手の顕在的・潜在的なニーズに応えるため、幅広い選択肢の中から適切なケアを実践できる □幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践ができる	□ケアの受け手の複雑なニーズに対応するため多様な知見（看護および看護以外の分野）を動員し、ケアを実践・評価・追求できる □複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
	協働する力	【レベル毎の目標】	関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす
		【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる □助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる □助言を受けながらケアに必要と判断した情報を関係者から収集することができる □ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる □連絡・報告・相談ができる	□ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれと積極的に情報交換ができる □関係者と密にコミュニケーションを取ることができる □看護の展開に必要な関係者を特定できる □看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる	□ケアの受け手の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる □ケアの受け手とケアについて意見交換できる □積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	□ケアの受け手がおかれている状況（場）を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる □多職種間の連携が機能するように調整できる □多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	□複雑な状況（場）の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけることができる □多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる □関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる □目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
	意思決定を支える力	【レベル毎の目標】	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる
		【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	□ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる □確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる	□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる □ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる □ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる	□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる	□適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる □法的および文化的配慮など多方面からケアの受け手や周囲の人々を擁護した意思決定プロセスを支援できる

公益社団法人 日本看護協会　©2016 Japanese Nursing Association

出所）日本看護協会ホームページ

2） 理学療法士

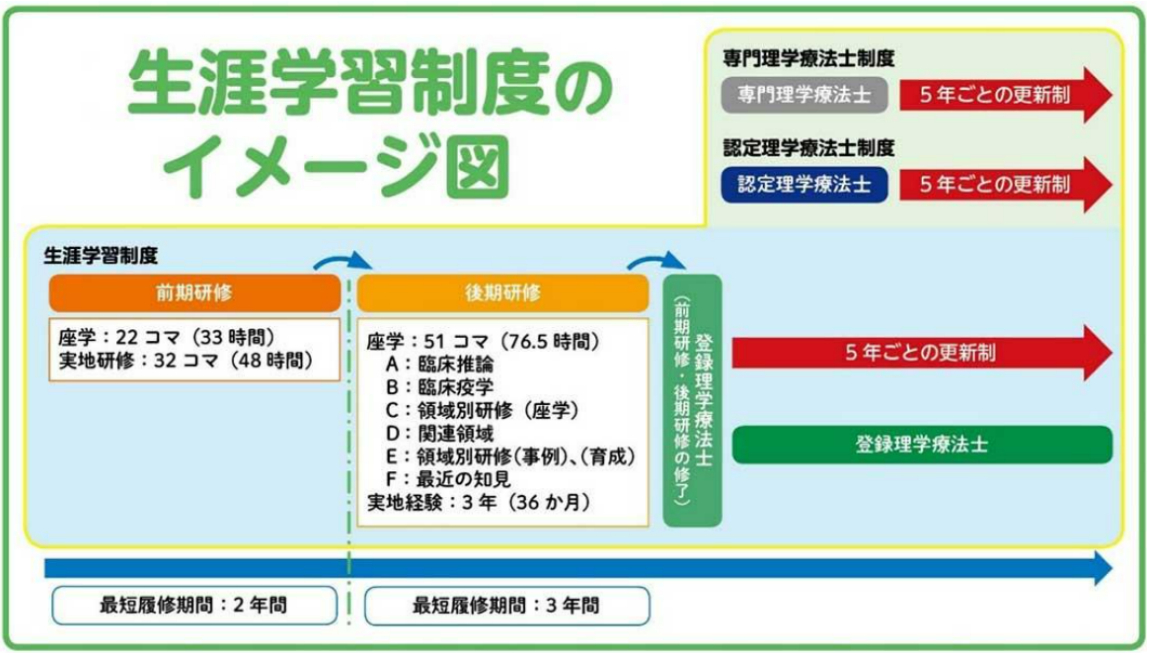
日本理学療法士協会の新生涯学習制度（2022 年 4 月～）の概要は以下のとおり。

a） 生涯学習制度

・日本理学療法士協会では、多様化するニーズに応えうる理学療法士を育成するため、2022 年度に生涯学習制度をリニューアルした。

・同制度は、登録理学療法士制度（前期研修・後期研修修了者の登録制度）を基盤とした上で、登録理学療法士がより高い専門性を兼ね備えるため、「認定理学療法士」「専門理学療法士」の資格を取得するための制度が整備されたものである（図表７）。

図表７：日本理学療法士協会の生涯学習制度のイメージ図



出所）日本理学療法士協会ホームページ　https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/

b） 登録理学療法士制度

① 登録理学療法士制度の背景と狙い

・ 理学療法士は、医療の進歩に遅れをとらないよう生涯にわたり研鑽を重ね、知識・技術をアップデートしなくてはいけない。

・ 登録理学療法士は生涯学習制度の基盤となるもので、卒後 5 年間は、多様なニーズ・障害像に対応できる能力を育成し、更新し継続することによりジェネラリストとしての能力を高める必要がある。

・ 多様な領域で標準的理学療法を臨床実践できる登録理学療法士は、理学療法の質を高め、社会に対して理学療法士の質を保証するとともに、国民の健康・福祉の増進に寄与するものである。

② 研修概要

1）前期研修

・ 前期研修は、座学 3 講座 22 コマ 33 時間（A 初期研修、B 理学療法の基礎、C 理学療法の専門性）と D 実地研修 32 コマ 48 時間で構成されている。

・ 座学 3 講座のカリキュラムをみると、A 初期研修は、A-1 職業人と倫理、A-2 協会組織、A-3 人間関係および接遇、A-4 関係法規、A-5 情報管理、A-6 生涯学習についての 6 領域 6 コマ 9 時間、B 理学療法の基礎は、B-1 職業人と倫理、B-2 クリニカルリーズニング、B-3 研究方法論、B-4 統計方法論、B-5 症例報告・発表の仕方、B-6 リスクマネジメントの 6 領域 6 コマ 9 時間、C 理学療法の専門性では、C-1 神経系疾患、C-2 運動器疾患、C-3 内部障害、C-4 予防領域、C-5 チーム医療、C-6 がんの 6 領域 10 コマ 15 時間で構成されている。

2）後期研修

・ 後期研修は、座学 6 講座 51 コマ 76.5 時間（A 臨床推論、B 臨床疫学（演習）、C 領域別研修（座学）、D 関連領域、E 領域別研修（事例および育成）、F 最近の知見と実地経験 3 年で構成されている。
・ 座学 6 講座のカリキュラムをみると、A 臨床推論は、A-1 理学療法診断学①、A-2 理学療法診断学②、A-3 画像診断学の 3 領域 6 コマ 9 時間、B 臨床疫学（演習）は、B-1 臨床疫学、B-2 文献検索演習の 2 領域 4 コマ 6 時間、C 領域別研修（座学）は、C-1 神経系理学療法学、C-2 運動器系理学療法学、C-3 内部障害系理学療法学、C-4 病期別理学療法学、C-5 周辺領域と理学療法の 5 領域 19 コマ 28.5 時間、D 関連領域は、D-1 栄養学、D-2 創傷治療学、D-3 薬理学、D-4 福祉住環境総論の 4 領域 4 コマ 6 時間、E 領域別研修（事例および育成）は、E-1 神経系理学療法学、Ｅ-2 運動器系理学療法学、E-3 内部障害系理学療法学、E-4 臨床実習指導、E-5 臨床教育方法論、E-6 ティーチングとコーチングの 6 領域 12 コマ 18 時間、F 最近の知見は、F-1 神経系領域の最近の知見、F-2 運動器系領域の最近の知見、F-3 内部障害系領域の最近の知見、F-4 基礎・公衆衛生領域の最近の知見、F-5 その他の関連領域の最近の知見、F-6 トピックス、F-7 協会の方針、F-8 世界の動向の 8 領域 8 コマ 12 時間で構成されている。

c) 認定・専門理学療法士制度

① 認定理学療法士制度とは

1）概要

・ 登録理学療法士のうち、カリキュラムを修了し、認定試験に合格することで認定される制度のこと。21 分野（①運動器、②脳卒中、③呼吸、④地域、⑤循環、⑥スポーツ、⑦介護予防、⑧管理・運営など）があり、5 年ごとに更新する必要がある。
・ 取得者数は 7,641 人（協会員の 5.9%）で、これを分野別にみると、「運動器」が 2,896 人と最も多く、次いで「脳卒中」2,779 人、「呼吸」1,070 人、「地域」1,055 人の順となっている。

2）期待される役割

・ 21 分野において、より水準の高い理学療法を安全かつ適切に実践し、最新で良質なサービスを提供することができること
・ 自施設や教育機関等において、水準の高い理学療法を指導・教育することができること
・ 先駆的な取組みやその成果など、診療報酬や政策提言に結びつくエビデンスを蓄積できること

3）カリキュラム

・ 4 つの科目群（①指定研修カリキュラム、②臨床認定カリキュラム（必修）、③臨床認定カリキュラム（選択）、④日本理学療法学術研修大会への参加）で構成されている。このうち、指定研修カリキュラムは 12 コマ 18 時間、臨床認定カリキュラム（必修）は 15 コマ 22.5 時間、臨床認定カリキュラム（選択）は 5 コマ 7.5 時間で構成されている。

② 専門理学療法士制度とは

1）概要

・ 登録理学療法士のうち、カリキュラムを修了し、口頭試問に合格することで認定される制度のこと。13 分野（①基礎、②神経、③小児、④運動器、⑤呼吸、⑥地域、⑦予防、⑧教育）があり、5 年ごとに更新する必要がある。
・ 取得者数は 1,512 人（協会会員の 1.2%）で、これを分野別にみると、「運動器」が 499 人と最も多く、次いで「神経」367 人の順となっている。

2）期待される役割

・ 13 分野において、ピュアサイエンスとしての理学療法学の確立に貢献できること
・ 自施設や教育機関等において、質の高い理学療法学を教育することができること
・ 先駆的な取組みやその成果など、診療報酬や政策提言に結びつくエビデンスを蓄積できること

3）カリキュラム

・ 5 つの科目群（①指定研修カリキュラム、②ブロック学会参加、③都道府県学会参加、④学術大会での発表、⑤査読付き学術論文業績）で構成されている。このうち、指定研修カリキュラムは 12 コマ 18 時間で構成されている。

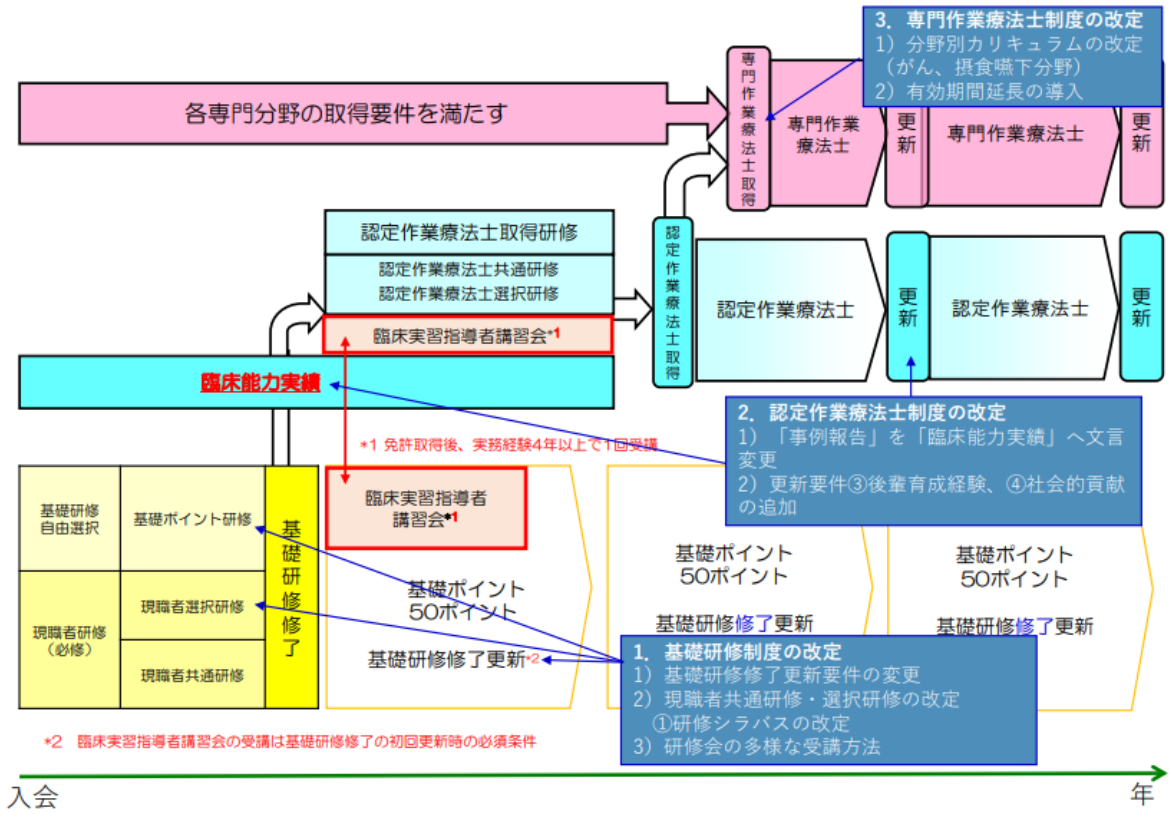
3） 作業療法士

日本作業療法士協会の生涯学習制度 2023 の概要は以下のとおり。

a） 生涯学習制度とは

- 日本作業療法士協会は、協会員の学術的研鑽を支援し、作業療法の専門性を向上させるため、2003 年度に「生涯教育制度」を創設した。
- 2004 年度には、協会初の資格認定制度である「認定作業療法士制度」を創設、2009 年度からは「専門作業療法士制度」を始動している。
- 生涯教育制度が創設されてから 20 年が経過し、2023 年度に 4 度目の改定が行われている。現在の制度は、作業療法士の継続的な自己研鑽を支援するための「生涯教育基礎研修制度」と、作業療法の臨床実践、教育、研究および管理運営に関する一定の能力を習得するための「認定作業療法士取得研修」および高度且つ専門的な作業療法実践能力を修得するための「専門作業療法士 取得研修」で構成されている（下図参照）。

図表８：日本作業療法士協会の生涯教育制度のイメージ図（2023 年改定）



出所）日本作業療法士協会提供資料

b） 基礎研修制度（現職者研修＋自由選択研修）

① 現職者研修

- 現職者研修は、「現職者共通研修（10 テーマ）」と「現職者選択研修」で構成されている。
- 現職者共通研修は、協会員として必要な職業倫理や協会・士会活動に必要な事項を修得し臨床実践の共通的・基礎的能力の向上を目的とするもので、受講修了時点で基礎研修ポイント 20 ポイントが付与される。
- 現職者選択研修は、「生活行為向上マネジメント（MTDLP）」の基礎を学ぶことに加え、多様な視点をもち複数領域で対応可能な実践力を養うための基礎的知識を得ることを目的としている。MTDLP 基礎研修を必修として受講し、加えて 4 領域（身体障害、精神障害、発達障害、老年期）から 1 領域以上を受講しなければならない仕組みとなっている。

② 自由選択研修

- 協会、各都道府県作業療法士会が主催・共催する学会や研修会だけでなく、他団体が開催し協会が認める学会・研修会への参加や発表、また臨床実習指導などを基礎研修のポイントと

するものである。
・ おおむね５年を目安に 50 ポイントを取得するように自己研鑽を行う。50 ポイントを取得するごとに基礎研修更新を申請し、自己研鑽を生涯継続することを目指す形となっている。

c) 認定作業療法士制度

① 認定作業療法士制度／認定作業療法士とは

・ 作業療法士の質の向上、作業療法に関する水準の維持・向上及び作業療法士の専門性と社会的地位の一層の確立を図るため、本会が一定の基準を設けて作業療法士の養成・審査・認定を行い、もって国民の保健 ・医療 ・福祉に寄与することを目的とする制度のこと。
・ 認定作業療法士とは、作業療法の臨床実践、教育、研究及び管理運営に関する一定水準以上の能力を有する作業療法士を、日本作業療法士協会が認定したものをいう。
・ 認定作業療法士の能力の水準は、次のとおりである。
  ・ 臨床実践能力：各病期、各領域などにおける対 象者に対する作業療法の評価、介入、効果判定の一連の流れを実践する能力はもとより、他職種との連 携や社会資源の活用、職場や行政などの制度の利用を含めた、総合的かつ継続的に作業療法を提供して いく過程や予後（将来的展望）に立った作業療法の展開を実践する能力とする。
  ・ 教育能力：作業療法士養成課程での教育能力としては、養成施設や学校における教員としての教育能力である。臨床実習指導者として、また職場での指導者としての教育能力は、後輩への知識・技術のなどの伝達者としての能力である。
  ・ 研究能力：日常の臨床実践経験をもとに実践報告や作業療法学の発展のための研究が行える能力である。
  ・ 管理運営能力：職務に関わる関連諸制度を理解し、職場での管理運営を執行できる能力である。

② 取得要件

・ この資格を取得するためには、３つの要件（①認定作業療法士共通研修である「研究法」、「管理・運営」の 2 講座と「認定作業療法士選択研修」のうち 2 講座以上を受講し、講座ごとに行う修了試験に合格すること、②厚生労働省指定「臨床実習指導者講習会」を受講する、③3 事例 を報告すること）をすべて満たす必要がある。

d) 専門作業療法士制度

① 専門作業療法士制度／専門作業療法士とは

・ 認定作業療法士である者のうち、特定の専門作業療法分野において「高度かつ専門的な作業療法実践能力」を有する者を専門作業療法士として認定する制度のことで、その目的は、卓越した臨床実践能力をもつ実践者を養成することにより、障害をもつ人々へ良質で、より効果的な作業療法サービスを提供し、対象者の生活支援に貢献することにある。
・ 専門作業療法士とは、作業療法の中のある分野をより深く知り、その分野における高度な課題解決能力を有する人のことで、次の 3 つの役割を果たす能力を満たす作業療法士である。
  ・ 専門作業療法士分野において、高い見識（物事を見通す優れた判断力）と優れた技術力（技術の向上・洗練と新しい技術の開発応用能力）によって卓越した作業療法を実践することができる能力
  ・ 専門作業療法士分野において、困難な事例に対応できる能力
  ・ 認定作業療法士のもつ能力を専門作業療法士分野で応用できる能力。すなわちその能力とは、作業療法士の実戦能力を向上させるため教育能力、専門家集団を率いて統率・指導を行う能力、専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う能力

② 取得要件

・ 専門作業療法士を取得するためには、①認定作業療法士であること、②４つの実践（研修・臨床・研究・教育と社会貢献）を修了または満たすこと、③専門作業療法士資格認定審査（試験）に合格することである。

4) 介護福祉士

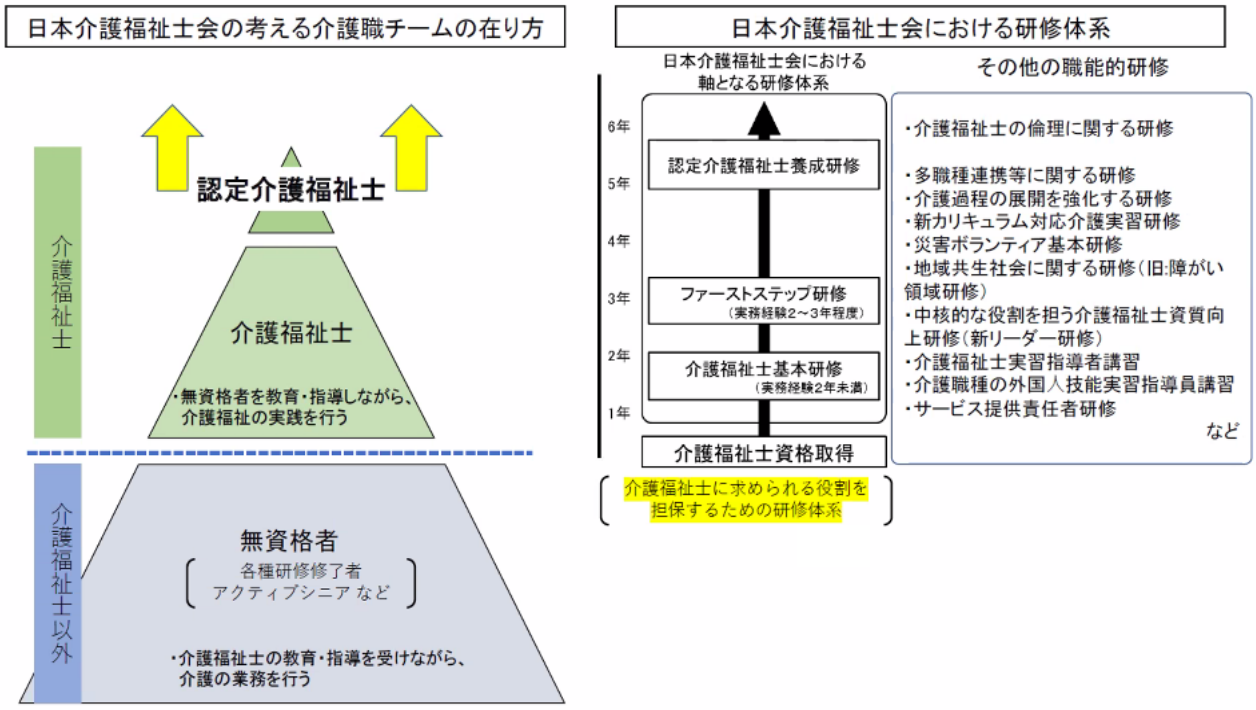
日本介護福祉士会における介護職チームの在り方を踏まえた生涯研修体系は以下のとおり。

軸となる研修体系は介護福祉士基本研修、ファーストステップ研修、認定介護福祉士養成研修の３種類である。

①　介護福祉士基本研修（資格取得後～実務経験２年未満）
介護福祉の専門職である介護福祉士として、生活支援としての介護の視点、自立支援の考え方、介護過程の展開等を学び、根拠に基づいた質の高い介護の実践力を培う研修
②　ファーストステップ研修（実務経験２年～３年）
資格取得後の「求められる介護福祉士像」を目指し、小規模チームのリーダーや初任者等の指導係として任用することを期待できる人材養成を目的とする研修
③　認定介護福祉士養成研修（実務経験５年以上）
介護職チームに対する教育指導、介護サービスマネジメントを行い、介護職チームのサービスの質を向上させる。地域包括ケアを推進するため、介護サービス提供において多職種との連携・協働を図る。地域における施設・事業所、ボランティア、家族介護者、介護福祉士等の介護力を引き出し、地域の介護力の向上を図る。といった役割の期待される介護福祉士を養成するための研修

これに加えて、全国の都道府県介護福祉士会と連携してその他の職能的研修を実施している。

図表９：日本介護福祉士会の考える介護職チームの在り方と研修体系



出所）日本介護福祉士会提供資料

なお、認定介護福祉士は、継続的な教育機会を提供し、資質を高め、社会的な要請にこたえていくことを目的としてつくられた介護福祉士のキャリアアップのための仕組みであり、認定介護福祉士に期待される役割と獲得する実践力は、図表１０のように整理されている。
認定介護福祉士養成研修は、介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識を修得し、他職種との連携・協働を含めた認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させるⅠ類と、Ⅰ類で学んだ知識をもって、根拠に基づく自立に向けた介護実践の指導をする力を獲得するⅡ類がある。
Ⅰ類は認定介護福祉士養成研修導入、医療に関する領域、リハビリテーションに関する領域、福祉用具と住環境に関する領域、認知症に関する領域、心理・社会的支援の領域、生活支援・介護過程に関する領域の科目からなる。Ⅱ類は、医療に関する領域、心理・社会的支援の領域、マネジメントに関する領域、自立に向けた介護実践の指導領域の科目からなる。

図表１０：認定介護福祉士に期待される役割と獲得する実践力

出所）認定介護福祉士認証・認定機構ホームページ（https://www.jaccw.or.jp/nintei/certification/role）

5) 社会福祉士

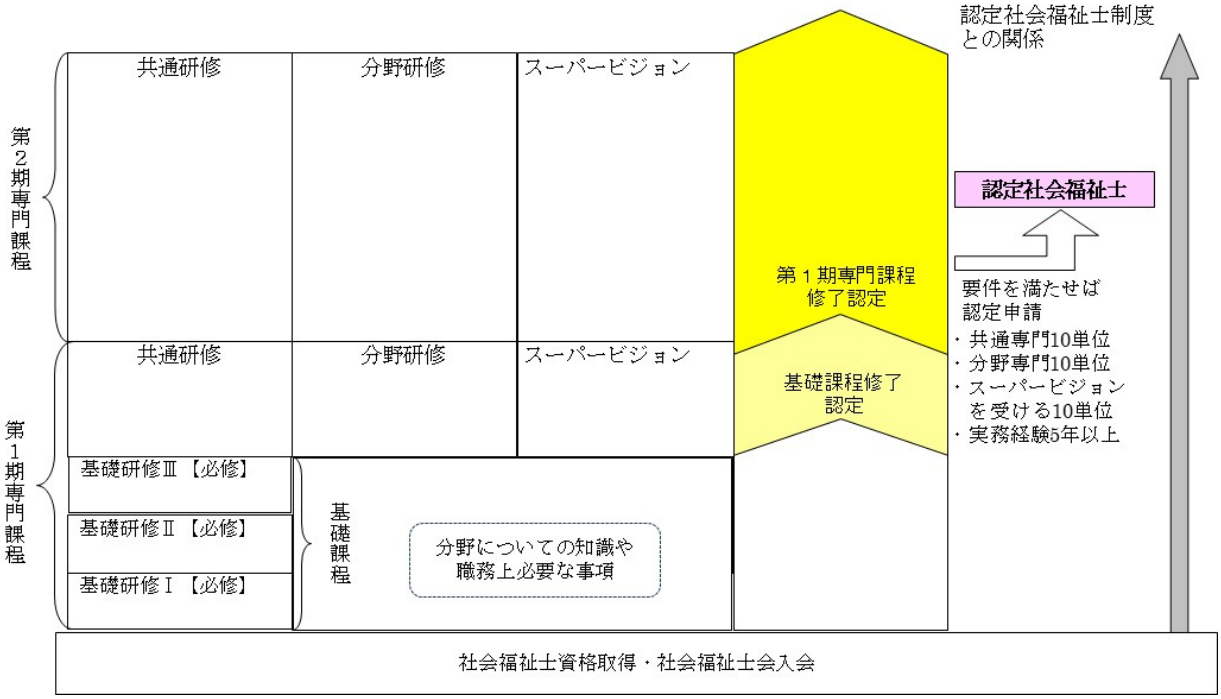
社会福祉士のキャリア形成を支援するシステムは以下の２つからなる。

① 生涯研修制度（日本社会福祉士会の制度）：専門職の資質向上のための研修に関する制度。修了認定は研鑽を積んでいる社会福祉士であることを証明するもの。

② 認定社会福祉士制度（認定社会福祉士認証・認定機構の制度）：実践力があることの確認と公表（社会的認知）のための制度。研修受講により、研修している社会福祉士であることに加え、実践経験や実績についての評価を行い、実践力があることを証明するもの。

２つのシステムの関係は図表１１のとおり。

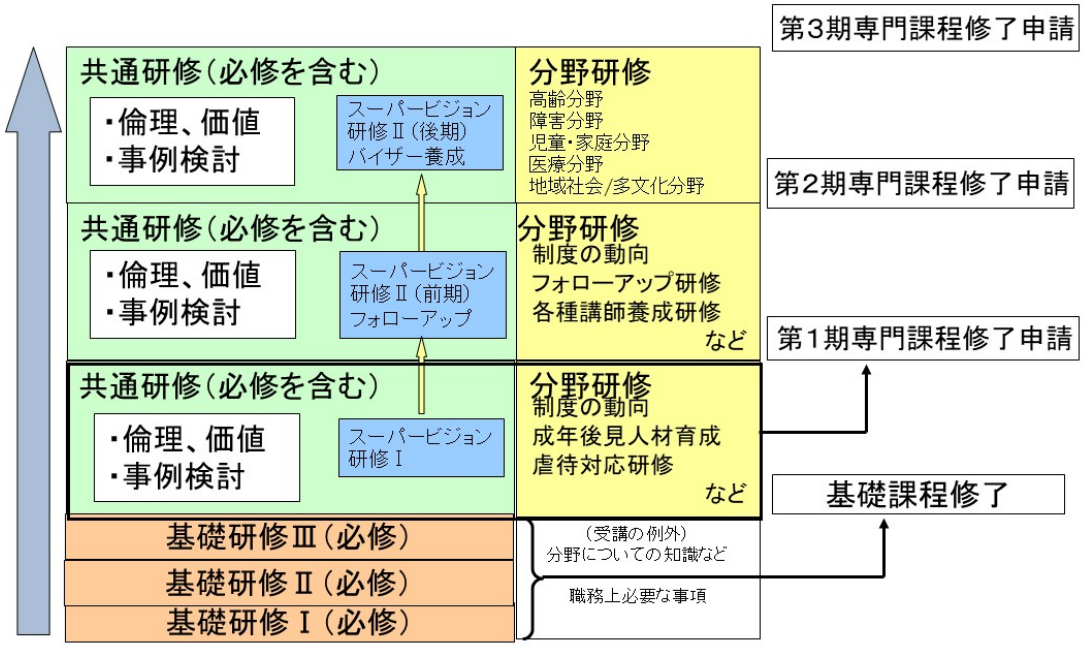
図表１１：社会福祉士のキャリア形成を支援する２つのシステムの関係



出所）日本社会福祉士会提供資料

生涯研修制度の研修体系は図表１２のとおり。

図表１２：社会福祉士の生涯研修制度の研修体系



出所）日本社会福祉士会提供資料

なお、スーパーバイザーの養成、コーディネートを日本社会福祉士会が行うことで、１人職場の社会福祉士でも、適切にソーシャルワーク・スーパービジョンが受けられる体制を整えている。

認定社会福祉士制度における実践力育成の３つの柱は図表１３のとおり。認定社会福祉士は共通専門科目（ソーシャルワーク理論系科目群、権利擁護・法学系科目群、サービス管理・人材育成・経営系科目群、地域開発・政策系科目群、実践評価・実践研究系科目群）、分野専門科目（高齢分野、障害分野、児童・家庭分野、医療分野、地域社会・多文化分野のそれぞれについて、理論・アプローチ別科目群、対象者別科目群、ソーシャルワーク機能別科目群）、その他科目（研究方法系科目群、論文指導系科目群）の区分からなり、科目ごとに研修の認証を行う。

図表１３：認定社会福祉士制度における実践力育成の３つの柱

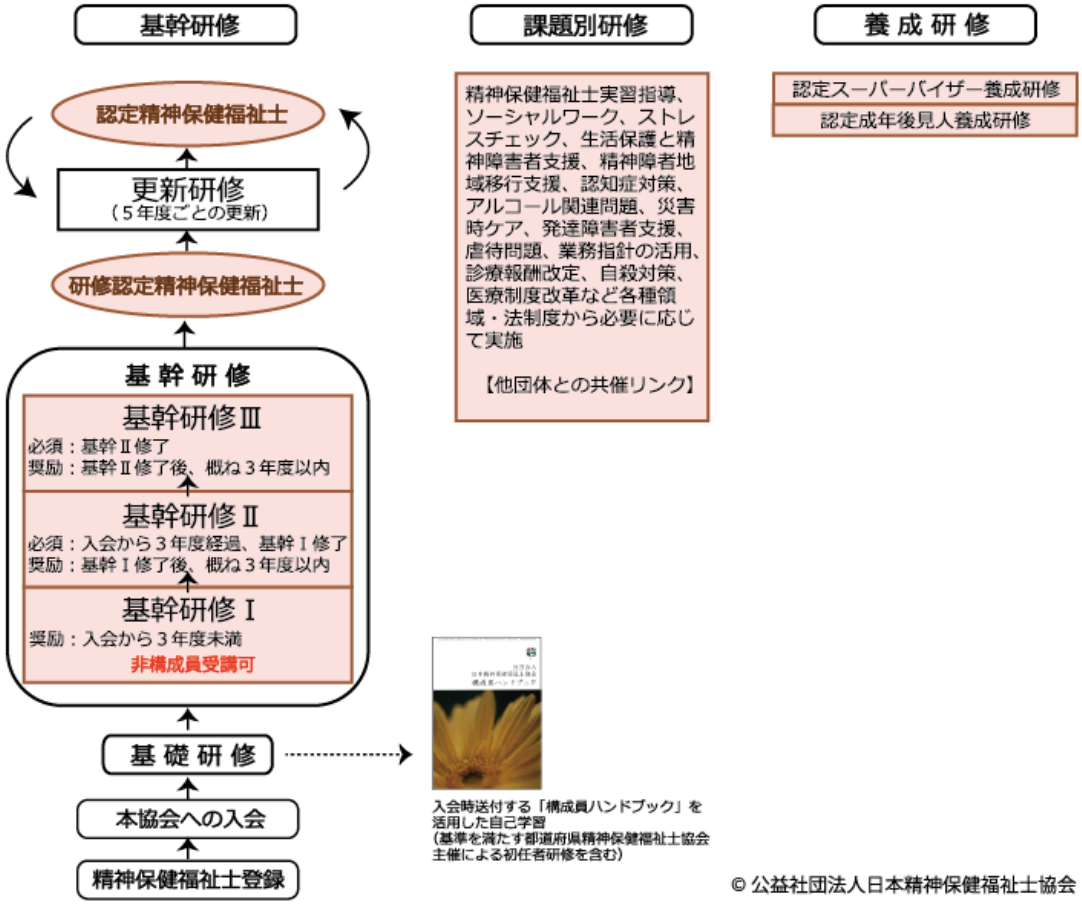
出所）日本社会福祉士会提供資料

6） 精神保健福祉士

日本精神保健福祉士協会では、職務に関する知識・技術ならびに倫理・資質の向上を図ることを目的として 2008 年度から生涯研修制度に基づく体系だった研修機会を提供している。研修では精神保健福祉士の倫理綱領ならびに精神保健福祉士業務指針を礎に日々の実践を検証する視点を養う。創設当初から更新制を導入することで専門職としての信頼を得るための必要な自助努力として、また診療報酬をはじめとする各種報酬体系への算定や各機関への精神保健福祉士必置に関する制度化についての要望を行う際の裏づけとして、所定の課程を経た者にも研鑽を継続する姿勢を求め、質の担保を図っている。

生涯研修制度の体系は図表１４のとおり。認定精神保健福祉士については、2023 年度から新たな更新制度を開始する。5 年間の研鑽積み上げ（第 1 工程）、更新研修の受講（第 2 工程）、受講後 1 年間の研鑽計画の作成（第 3 工程）、構成員マイページから認定申請（第 4 工程）を認定更新要件とする。新制度では、自身で必要な研鑽計画を立てる。また、バランスよく研鑽できるよう必要な研鑽機会を（1）スーパービジョン、（2）研修、（3）社会的活動の３類型に整理し、ソーシャルワーカーが実践している活動を単位化し、それぞれに必要取得単位数を設定する予定である。

図表１４：生涯研修制度の体系図



出所）日本精神保健福祉士協会研修センターホームページ

なお、協会では、生涯研修制度にかかわる事項を統括・運営する研修センターにおいて、精神保健福祉士のキャリアラダー（図表１５）とワークシートを作成（さくらセット）、資質向上に役立てられるようにしている。キャリアラダーには、仕事と暮らしの調和、社会人・組織人としての力、専門職・実践者としての力、自己研鑽、専門職教育・研究、ソーシャルワーカー意識の６つの柱（でステップ１～ステップ５）で求められる力量が整理されている。

出所）日本精神保健福祉士協会研修センターホームページ
https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/kensyu/document/sakura_set/01_Carrier_rudder.pdf

精神保健福祉士のキャリアラダーとワークシート（さくらセット）活用方法等紹介
https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/kensyu/sakura-set.html

7） 保育士

全国保育士会では、「期待される人材像」の個所で述べた保育士の国家資格化を機に、どういった専門性が必要かを改めて問い直し、保育士に必要な研修内容と研修レベルを体系化して研修事業を行い、保育士の一層の資質向上を図ることとした。2005 年 3 月に「保育士の研修体系」を取りまとめ、そこで「保育士の階層別に求められる専門性」を示した。

現在の「保育士・保育教諭の研修体系」は、その後 2011 年 3 月の改定を経て、2018 年 3 月にまとめられたものとなっている。これは全国保育士会「保育士等のキャリアアップ検討特別委員会」の報告書「保育士・保育教諭が誇りとやりがいを持って働き続けられる、新たなキャリアアップの道筋について」（2017 年 6 月）を基にしたもので、そこに掲載された「保育士・保育教諭のキャリアアップにおける階層と期待される保育士・保育教諭像及び業務にあたって必要な知識と技術」を、初任者（入植 3 年目までの職員）、中堅職員（4 年目から 5 年目の職員）、リーダー的職員（6 年目から 10 年目の職員）、主任保育士・主幹保育教諭等管理的職員（11 年目以上の職員）毎に、「求められる保育士・保育教諭の姿と業務」（図表１６）及び「保育士・保育教諭の専門性と階層別に求められる知識」（図表１７）としてまとめたものとなっている。

図表１６：求められる保育士・保育教諭の姿と業務

保育士・保育教諭の研修体系：「求められる保育士・保育教諭の姿と業務」

※目安	初任者 ※入職３年目までの職員	中堅職員 ※4 年目から５年目の職員	リーダー的職員 ※6 年目から 10 年目の職員	主任保育士・主幹保育教諭等管理的職員 ※11 年目以上の職員
求められる保育士・保育教諭の姿	①「子どもの最善の利益の尊重」の理念を理解し、基礎的な保育実践ができる。 ② チームによる保育のなかでの自分の役割を理解し、助言を受けながら日常的業務を実施できる。 ③ 安心・安全な保育を意識できる。 ④ 家庭から子どもに関する日々の情報を収集するとともに、日々の保育内容等を保護者に的確に伝えられる。 ⑤ 保護者の話を聴き、適切な対応を行うことができる。 ⑥ 保育者自身が自己の能力を発揮し、自己実現できる。	①「子どもの最善の利益の尊重」にもとづき、応用的な保育実践ができる。 ② 的確な判断・対人理解に基づく保育を実践できる。 ③ 安心・安全な保育を実践できる。 ④ 自らの保育を客観視・言語化し、保育のあり方を考え、内容を向上させるために、同僚や上司と確認や議論ができる。 ⑤ 保健・医療をはじめとする関連領域について一定の知識をもち、他職種と適切に連携できる。 ⑥ 業務改善、組織の活性化に貢献できる。 ⑦ 自己の能力を理解し、資質の向上を図ることができる。 ⑧ 初任者の手本となる行動を示し、日常的業務について助言できる。 ⑨ 家庭から子どもに関する日々の情報を収集するとともに、日々の保育内容等を保護者に的確に伝えられる。 ⑩ 保護者の話を聴き、適切な対応を行うことができる。 ⑪ 保育実践研究を行うことができる。	① 各クラスや小チームのリーダー（とりまとめ役）として、チーム員を率先できる。 ② チーム員同士の「気づき」や「情報」を共有し、保育研究をリードしたり、学んできた専門知識と、経験に基づき、保育の実践を深め（または探求し）展開し、伝えたりすることができる。 ③ 他職種と共通の認識に立ち、保育の目標設定、実施、評価などを行うことができる。 ④ チーム員に対し、「子どもの最善の利益」を尊重した保育が実施できるよう指導・助言を行い、日々の業務における適宜・適切な指導・助言を行うことができる。 ⑤ 主任保育士・主幹保育教諭をサポートし、クラス等のチームの業務改善や、目標が達せられるよう促すことができる。 ⑥ 制度や社会について十分理解できる。 ⑦ チーム、組織に対して、業務の改善、システム化など、常に問いかけと働きかけを行うことができる。 ⑧ 保育所・認定こども園等を利用していない地域の子育て家庭に対して、適切な助言・支援などを行うなど、地域全体に向けた子育て支援に取り組むことができる。 ⑨ 関係機関と関わり、必要な調整を行うことができる。 ⑩ 自己の能力を理解し、資質の向上を図ることができる。 ⑪ 養成課程の現状を把握し、実習指導の方法を習得し、実習指導ができる。 ⑫ 保育実践研究を企画・立案・指導できる。	① 保育士・保育教諭を統括し、サービス水準の向上、業務推進の管理、環境整備等の責任を負うことができる。 ② 組織として「子どもの最善の利益の尊重」が実施できているかどうか、保護者とのパートナーシップによる保育が実践できているか、子育てにおける地域の中核機関としての機能を果たしているか、などを把握し、必要な指導・教育を実施し、人材を育成することができる。 ③ 園全体の保育士・保育教諭の責任者として、運営管理、人事管理、組織目標（保育水準や経営目標）の策定や評価に関わり、達成する。法令遵守と倫理の実現を堅持し、リスク管理（予防・早期対処）を適切に行うことができる。 ④ 関係機関との連携責任者として機能することができる。 ⑤ 地域に働きかける（保護者会や子育て関係の NPO 等の支援、地域資源の強化・開発と活用、新しいサービスの創造・開発）ことができる。 ⑥ 施設長を補佐し、施設全体の保育の質の維持・向上に努め、適正な施設運営の一翼を担うことができる。 ⑦ 領域別の高い専門性を有する。
業務	□ 日常の保育業務、チームによる保育業務の経験を積む。 □ 保育指導計画を策定する。 □ 保護者との連携に基づく保育を行う。 □ 保護者支援（言葉がけなど）を中堅職員の横で同席する。	□ 初任者の指導をする。 □ 保護者との連絡・調整を行う。 □ 保護者に対する相談援助を行う。 □ 初任者と日々の業務を共有する。 □ リーダーや副主任との連携をすすめる。	□ 主任保育士・主幹保育教諭を補佐し、一定の業務単位における職員の管理、指導、評価など、組織運営を補佐する。 □ 地域の子育て支援の取り組みを担当する。 □ チームによる保育業務を支援・指導する。 □ 自身の保育の特徴を認識、それを活用する。 □ リーダーは、職員の話を大事に聞く。	□ 施設長を補佐し、保育所・認定こども園等全体の職員管理、指導、評価など組織運営に携わる。 □ 保育指導計画を評価する。 □ 全体像を見つつ、職員に適切にアドバイスする。 □ 施設長の補佐、指導計画の評価指導、自己評価の二次評価を行う。

出所）全国保育士会「保育士・保育教諭の研修体系」

図表１７：保育士・保育教諭の専門性と階層別に求められる知識・技術

保育士・保育教諭の研修体系：「保育士・保育教諭の専門性と階層別に求められる知識・技術」

	（ア）専門職としての基盤	（イ）専門的価値・専門的役割	3．保育実践に必要な専門的知識・技術 (1) 子どもへの保育実践	(2) 保護者への関わり・ソーシャルワーク	(3) その他	4．組織性
初任者	□ センス、感性 □ 観察力 □ 共感性 □ 愛情 □ 柔軟性 □ 倫理観 □ 道徳性 □ 責任感 □ 主体性 □ 達成意欲 □ 行動力 □ 情熱	□ 子どもの最善の利益の尊重 □ 一人ひとりの子どもの発達保障 □ 専門職としての責務 □ 保護者との協力 □ プライバシーの保護 □ チームワークと自己評価 □ 利用者の代弁 □ 地域子育て支援 ＊上記は、「全国保育士会倫理綱領」に基づく内容	□ 子どもの発達・健康の理解と援助 □ 全体的な計画・指導計画に基づく保育実践 □ 保育実践の向上（健康、人間関係、環境、言葉、表現） □ 指導計画の立案 □ 保育の個別計画 □ 記録のとり方・活かし方 □ 応急手当等緊急時の対応 □ 発達の気になる子や障がいのある子への対応 □ 保育所・認定こども園における食育の推進 □ 保育のアセスメント □ 保幼小連携の理解 □ 子どもたちの気持ちを考えた保育実践	□ 一人ひとりの子どもの置かれている状態および家庭、地域社会における生活実態の把握 □ 基礎的な相談援助技術の理解	□ 社会の動向、変化の理解 □ 不審者への対応 □ リスクマネジメント、安全管理 □ 福祉の専門職としての保育士の役割理解 □ 人権に関わる課題の理解と対応 □ 全国保育士会倫理綱領	□ 社会人としてのマナー □ 職務規程、職場のルールの理解 □ 組織における役割や連携の理解 □ 個人情報保護の理解 □ 研修についての理解 □ 会議についての理解 □ 保育士会組織の理解 □ PDCA（全体的な計画、アセスメントから実施、評価、改善）の基礎の理解 □ 保育所における評価の理解（自己評価・第三者評価）
中堅職員	□ 協調性 □ 創造力 □ 自制心 □ コミュニケーション □ 一定の生活習慣と社会的マナー（4.組織性を参照）		□ 保育実践の構造化 □ PDCA サイクルに留意して保育を実践する □ カリキュラムマネジメント □ 保育を可視化し、発信（ドキュメンテーション等）する	□ ソーシャルワークの構造理解 □ 虐待ケースへの対応 □ コミュニケーションのあり方の理論的理解 □ 相談援助技術の理解 □ 子どもの気持ちがわかり、保護者に子どもの事を伝えながら、支援ができる	□ 関係機関とのケース検討会議 □ 関係法令の理解 □ 保育実践研究を行うことができる（実践の根拠の取得）	□ 新任職員への助言・指導 □ 役職員間の相互評価の理解と実施 □ 保育所・認定こども園全体の活動の理解 □ 園内研修への主体的参加・参画 □ 業務の円滑な遂行のためのマネジメント的な視点での評価と取り組み
リーダー的職員			□ 科学的・理論的根拠に基づいた保育実践	□ 保育ソーシャルワークの展開 □ ソーシャルアクション □ 関係機関・NPO・ボランティア・地域等との関わり	□ 直近の制度・政策の理解 □ 苦情解決 □ 実習生の指導 □ 体験学習・インターンシップ指導 □ 小学校との連携 □ 職員のことを把握し、子ども、保護者の対応などアドバイスできるように技術向上を図る □ 施設全体が、問題解決能力を兼ね備えられるよう、把握運営に努める	□ 中堅職員への助言・指導 □ 役職員間の相互評価の理解と実施 □ 主任保育士・主幹保育教諭のサポート □ 職員が研修へ主体的に参加・参画するためのファシリテーターとしての役割 □ 保育所・認定こども園における業務の円滑な遂行のためのマネジメント的視点での評価と取り組み □ 園内研修の企画
主任保育士等管理的職員			□ 組織としての実践評価 □ 全体的な計画の策定・評価	□ 地域の子育ての支援（事業の創設～評価） □ 社会的養護等関連領域との協働	□ 保育の歴史の理解 □ 他分野の動向理解 □ 大規模自然災害時の対応 □ 保育士養成校との連携・調整	□ リーダー的職員への助言・指導 □ 役職員間の相互評価の理解と実施 □ スーパービジョン □ 研修計画の策定と評価 □ リスクマネジャー □ 目標・方針の設定と評価 □ 福祉 QC 活動 □ 保育の説明責任 □ ICT 化（事務簡素化）への取り組み □ 人事考課 □ キャリアパス

出所）全国保育士会「保育士・保育教諭の研修体系」

さらには図１７の「□」のつけられた項目を研修の「科目名」と位置づけ、個々の項目ごとにその狙い、内容、研修方法・留意点及び研修のための参考テキスト・資料が取りまとめられている。

他方、保育士には法定で実施しなければならない研修はなく、これらの項目の研修は、保育所、幼保連携型認定こども園等における OJT や園内研修をはじめとする職場（法人）レベル、県（広域）レベル、全国レベルなどで実施されており、各研修実施主体（機関）が重層的に取り組むことを想定している。

なお保育士の分野においては、看護師における「認定看護師」や「専門看護師」のような形で、職能団体が領域ごとの専門性の高いと認められる保育士を一定の研修や教育の受講等を要件として認定するような仕組みは現在設けられていない。

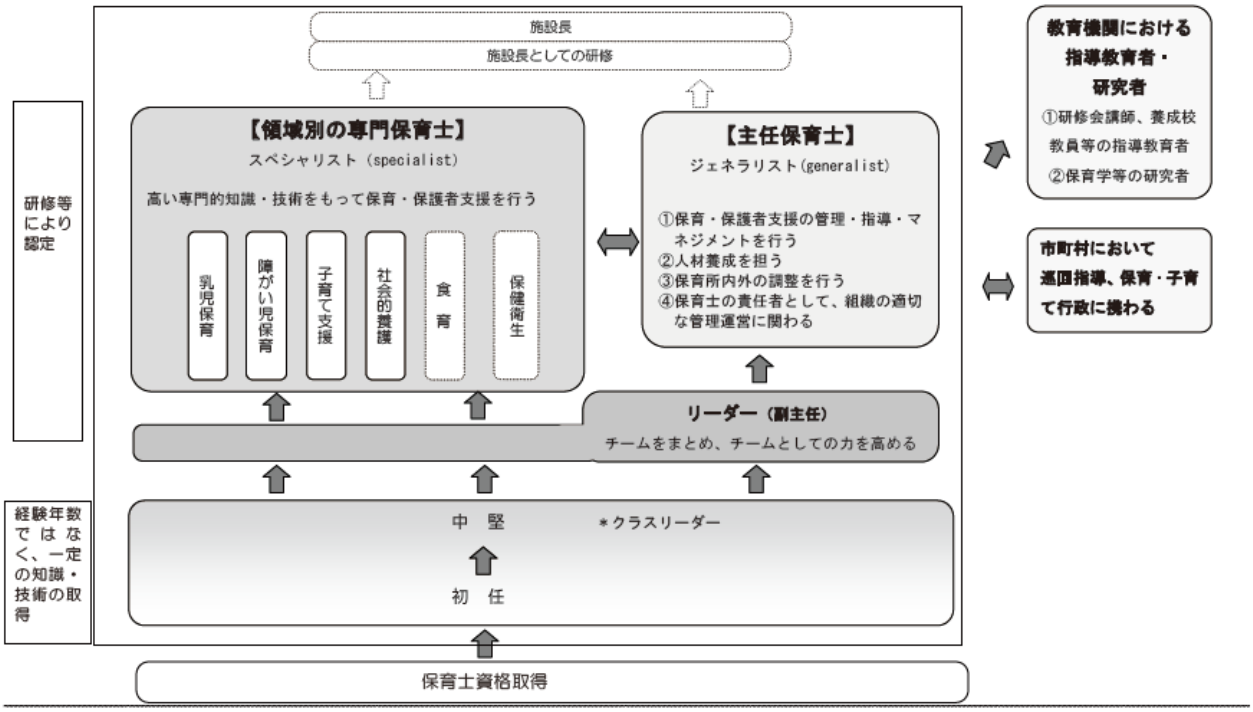
しかし全国保育士会においては、2009 年度に「新たな保育制度への対応に関する検討委員会」を設置して保育士のキャリアパス構築に向けた検討を行い、2011 年 12 月に「保育士のキャリアパスの構築に向けて全国保育士会・新たな保育制度への対応に関する検討委員会報告（第１次）（キャリアパス構築検討委員会報告）」を取りまとめた。

そこでは、保育所の限られた役職のみによって、保育士のキャリアパスを構築するのは困難なことや、保育士に期待される役割が多様化かつ高度化していることをふまえ、職階を基礎とするキャリアパス体系だけでなく、キャリアパス体系のなかに乳児保育、障害児保育、子育て支援などの領域別の「専門保育士（仮称）」を位置付けるとともに、「専門保育士（仮称）」にどのような力が求められるかを示す（図表１８）構想が提示された。2018 年の「保育士・保育教諭の研修体系」においても、この構想が再確認されている。

図表１８：保育士のキャリアパスの構想

『保育士のキャリアパスの構築に向けて』（全国保育士会・新たな保育制度への対応に関する検討委員会報告（第１次））（平成 23 年 12 月）より抜粋

図表４　保育士のキャリアパスの構想



出所）全国保育士会「保育士・保育教諭の研修体系」

一方で、厚生労働省では、保育士の専門性の向上のため、2017 年 4 月に「保育士等キャリアアップ研修ガイドライン」を発出した。ここでは、保育現場におけるリーダー的職員等に対する研修内容や研修の実施方法等が図表１９及び２０のようにまとめられている。なおこのガイドラインにおいては、研修を行う機関を都道府県知事が指定することとされているが、この指定を受けた一定の研修を修了することが、施設型給付費等に係る「処遇改善等加算Ⅱ」の算定要件とされており、現在段階的にその適用が進められている。

図表１９：保育士等キャリアアップ研修ガイドラインの概要

保育士等キャリアアップ研修ガイドラインの概要

○ 保育現場においては、園長、主任保育士の下で、初任後から中堅までの職員が、多様な課題への対応や若手の指導等を行うリーダー的な役割を与えられて職務にあたっており、こうした職務内容に応じた専門性の向上を図るため、研修機会を充実させることが重要。

○ 保育現場におけるリーダー的職員の育成に関する研修について、一定の水準を確保するため、研修の内容や研修の実施方法など、必要な事項を定めるガイドラインを策定。（「保育士等キャリアアップ研修の実施について」（平成29年4月1日付厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知））

実施主体

・ 都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関

※ 都道府県が適当と認める団体に委託することも可能。

※ 研修実施機関は、市区町村、指定保育士養成施設又は就学前の子どもに対する保育に関する研修の実績を有する非営利団体に限る。

研修分野・対象者

【専門分野別研修】

①乳児保育、②幼児教育、③障害児保育、④食育・アレルギー対応、⑤保健衛生・安全対策、⑥保護者支援・子育て支援

＜対象者＞

・ 保育所等の保育現場において、各専門分野に関してリーダー的な役割を担う者（当該役割を担うことが見込まれる者を含む。）

【マネジメント研修】

＜対象者＞

・ 各分野におけるリーダー的な役割を担う者としての経験があり、主任保育士の下でミドルリーダーの役割を担う者（当該役割を担うことが見込まれる者を含む。）

【保育実践研修】

＜対象者＞

・ 保育所等の保育現場における実習経験の少ない者（保育士試験合格者等）又は長期間、保育所等の保育現場で保育を行っていない者（潜在保育士等）

指定手続き

・ 研修実施機関は、研修会場の所在地の都道府県に指定の申請を行うものとする。

・ 指定を受けた研修について、翌年度にも実施しようとする場合、届出書を提出することにより、翌年度も引き続き指定の効力を有する。

研修時間

・ 1分野15時間以上とする。

講師

・ 指定保育士養成施設の教員又は研修内容に関して、十分な知識及び経験を有すると都道府県知事が認める者

研修修了の評価

・ 研修修了の評価については、15時間以上の研修の受講を確認するとともに、研修の受講後にレポートを提出させるなど、研修内容に関する知識及び技能とそれを実践する際の基本的な考え方や心得の認識を確認するものとする。

研修修了の情報管理

・ 都道府県及び研修実施機関は、研修修了者に対し、修了証を交付する。（修了証は全国で有効。）

・ 都道府県及び研修実施機関は、研修修了者の情報管理を行うこととし、保育士登録番号や氏名、生年月日、住所等を記載した研修修了者名簿を作成する。

出所）厚生労働省ホームページ

図表２０：保育士等キャリアアップ研修の分野及び内容

保育士等キャリアアップ研修の分野及び内容

研修分野	ねらい	内容
①乳児保育（主に0歳から3歳未満児向けの保育内容）	・ 乳児保育に関する理解を深め、適切な環境を構成し、個々の子どもの発達の状態に応じた保育を行う力を養い、他の保育士等に乳児保育に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・乳児保育の意義 ・乳児保育の環境 ・乳児への適切な関わり ・乳児の発達に応じた保育内容 ・乳児保育の指導計画、記録及び評価
②幼児教育（主に3歳以上児向けの保育内容）	・ 幼児教育に関する理解を深め、適切な環境を構成し、個々の子どもの発達の状態に応じた幼児教育を行う力を養い、他の保育士等に幼児教育に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・幼児教育の意義 ・幼児教育の環境 ・幼児の発達に応じた保育内容 ・幼児教育の指導計画、記録及び評価 ・小学校との接続
③障害児保育	・ 障害児保育に関する理解を深め、適切な障害児保育を計画し、個々の子どもの発達の状態に応じた障害児保育を行う力を養い、他の保育士等に障害児保育に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・障害の理解 ・障害児保育の環境 ・障害児の発達の援助 ・家庭及び関係機関との連携 ・障害児保育の指導計画、記録及び評価

研修分野	ねらい	内容
④食育・アレルギー対応	・ 食育に関する理解を深め、適切に食育計画の作成と活用ができる力を養う。 ・ アレルギー対応に関する理解を深め、適切にアレルギー対応を行うことができる力を養う。 ・ 他の保育士等に食育・アレルギー対応に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・栄養に関する基礎知識 ・食育計画の作成と活用 ・アレルギー疾患の理解 ・保育所における食事の提供ガイドライン ・保育所におけるアレルギー対応ガイドライン
⑤保健衛生・安全対策	・ 保健衛生に関する理解を深め、適切に保健計画の作成と活用ができる力を養う。 ・ 安全対策に関する理解を深め、適切な対策を講じることができる力を養う。 ・ 他の保育士等に保健衛生・安全対策に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・保健計画の作成と活用 ・事故防止及び健康安全管理 ・保育所における感染症対策ガイドライン ・保育の場において血液を介して感染する病気を防止するためのガイドライン ・教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン
⑥保護者支援・子育て支援	・ 保護者支援・子育て支援に関する理解を深め、適切な支援を行うことができる力を養い、他の保育士等に保護者支援・子育て支援に関する適切な助言及び指導ができるよう、実践的な能力を身に付ける。	・保護者支援・子育て支援の意義 ・保護者に対する相談援助 ・地域における子育て支援 ・虐待予防 ・関係機関との連携、地域資源の活用

研修分野	ねらい	内容
マネジメント	・ 主任保育士の下でミドルリーダーの役割を担う立場に求められる役割と知識を理解し、自園の円滑な運営と保育の質を高めるために必要なマネジメント・リーダーシップの能力を身に付ける。	・マネジメントの理解 ・リーダーシップ ・組織目標の設定 ・人材育成 ・働きやすい環境づくり

研修分野	ねらい	内容
保育実践	・ 子どもに対する理解を深め、保育者が主体的に様々な遊びと環境を通じた保育の展開を行うために必要な能力を身に付ける。	・保育における環境構成 ・子どもとの関わり方 ・身体を使った遊び ・言葉・音楽を使った遊び ・物を使った遊び

出所）厚生労働省ホームページ

3. 卒前教育に求めること

卒前教育に求めることについて、団体へのヒアリング、文書による回答（日看協文書）および各種資料（団体作成資料、団体ホームページ、動画、厚生労働省資料等）をもとに把握した。

1） 看護師

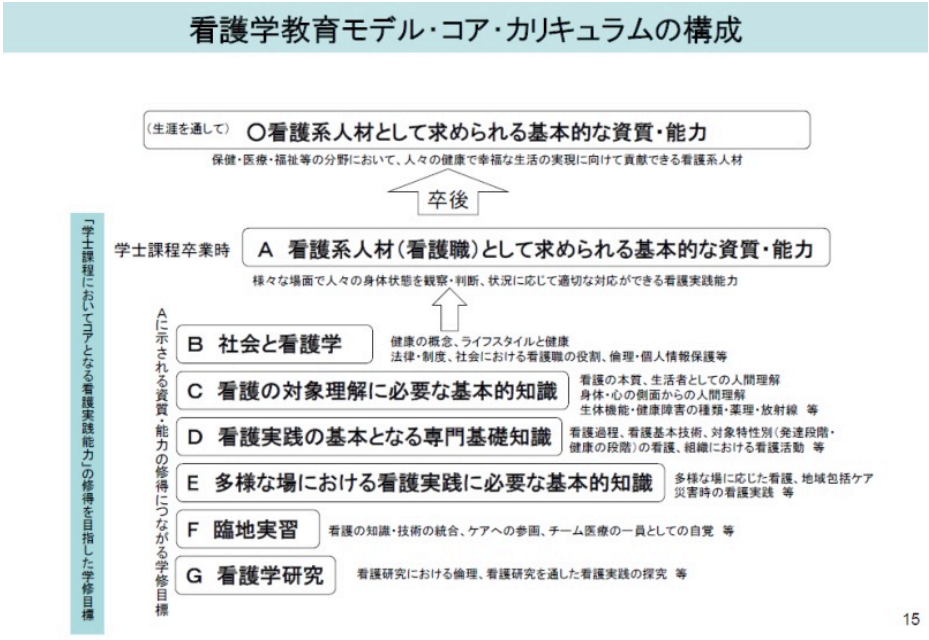
卒前教育は厚生労働省が定める「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」により厳格に規定されている。

他方、本研究班で主に着目している 4 年制大学における看護学教育に関しては、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」の 2011 年 3 月の報告書において、「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」として、学士課程で養成される看護師の看護実践に必要な５つの能力群とそれらの能力群を構成する 20 の看護実践能力が明示された。以来これらを踏まえた教育実践が進められてきたが、更なる社会の変遷を踏まえ、2016 年 10 月に、文部科学省に「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」が設置され、翌年 10 月に「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」が取りまとめられた。2019 年度から、各大学において「モデル・コア・カリキュラム」を踏まえたカリキュラムが順次開始されている。

この「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」は[1]、授業科目等の設定、教育手法や履修順序等は各大学が自主的に編成するものであるが、カリキュラム編成、評価の過程において参考として活用されるものとされている。多様なニーズに応える看護系人材を養成する教育内容としたうえで、学生が卒業時までに身に付けておくべき必須の看護実践能力について、その修得のための具体的学修目標を提示するものであり、また 250 校を超える看護系大学での実行可能性を考慮するものとされている。さらには 学士課程における医療系人材養成として、将来的には医学教育、歯学教育、薬学教育のモデル・コア・カリキュラムとの、同時改訂・一部共有化を見据えた構成ともされている。

看護系人材として求められる基本的な資質と能力として、プロフェッショナリズム、看護学の知識と看護実践、根拠に基づいた課題対応能力、コミュニケーション能力、保健・医療・福祉における協働、ケアの質と安全の管理、社会から求められる看護の役割の拡大、科学的探究、生涯にわたって研鑽し続ける姿勢の 9 点が掲げられており、それらをブレークダウンした各項目において「ねらい」と「学修目標」を設定し、内容が明確化されている。構成は以下のようなものとなっている（図表２１）。

図表２１：看護学教育モデル・コア・カリキュラムの構成



出所）「201811 医学教育課講演」

[1] この段落の記述に際しては、文部科学省高等教育局医学教育課荒木裕人企画官が 2018 年 11 月 5 日に一般財団法人日本看護学教育評価機構設立記念講演会で行った「高等教育における医療人養成について」（以下「201811 医学教育課講演」）も参照している。

他方、卒前教育に求めることについては、日本看護協会は[日看協文書]にて、「すべての『診療の補助行為』を実施するための基盤となる教育」及び「臨床判断力や倫理的判断力を養い、患者安全の確保・推進の基礎的能力を養うための教育」の 2 つを掲げている。それぞれ以下のとおりである。

・すべての「診療の補助行為」を実施するための基盤となる教育

看護師は、医師の指示に基づいてすべての「診療の補助行為」を行える唯一の職種であり、医療関係職種のうち、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救命救急士、言語聴覚士の 9 職種については、「診療の補助行為」を業としているが、保助看法の適用を一部除外することで、看護師の実施可能な範囲の一部を実施できることとされている。

看護基礎教育においては 1 年次から、解剖生理学、生化学、栄養学、薬理学、病理学、病態生理学、微生物学などを専門基礎分野として学び、看護師養成課程における教育の基盤として位置づけているが、「診療の補助行為」を行うにあたって不可欠である人体の構造と機能、疾病の理解、安全確保についての学習は、福祉資格とは基盤を共有しておらず、他の医療関係職種に比べても、幅広い専門知識を体系的に学ぶための教育が必要である。

・臨床判断力や倫理的判断力を養い、患者安全の確保・推進の基礎的能力を養うための教育

「診療の補助」に加え、「療養上の世話」は看護師だけの独占業務となっており、患者像の複雑・多様化、医療の高度化、複雑化等により、看護師が安全にタイムリーな看護を提供する役割と責任は極めて大きくなっていることから、看護基礎教育では、患者の状態の的確なアセスメントや、緊急度や重症度の的確な臨床判断に基づいて看護を提供する基礎的能力を養う必要がある。

例えば、看護師は、疼痛を訴える患者に対し、疼痛の部位を把握し、どのように症状が起きたのか、痛みの変化や随伴症状の観察を行ったり、疑われる病態や他の可能性を想定しながら、対象に応じて情報収集の方法を柔軟に選択していく。また、収集した情報を統合して状態の緊急度や重症度を判断し、医師への報告や今後の検査や治療の展開を想定するなどの臨床判断を行いながら、看護を提供していくことが必要となるが、こうした能力を養うには、看護基礎教育において、患者の訴えを聞きとりながら、バイタルを測定し、視診、触診、聴診等を行うフィジカルアセスメントの技術や急速に状態が悪化する急性期の状態から、慢性期、回復期、終末期ある患者など、領域ごとの病態や治療の影響に関する高度で幅広い知識を獲得し、それらに基づいて科学的に思考し、臨床判断を行う力を身につける必要がある。その際には、身体的側面に加えて、心理的、社会的側面といった多角的な視点で患者を捉えることで看護独自の患者理解を行う。また、臨地実習を通して、知識と技術を看護実践の場に適用することで、看護の理論と実践とを結びつけて理解することも必要である。

また、看護基礎教育では、看護師の責務を自覚し、患者の権利擁護や、患者安全を確保・推進するとともに、複雑な状況の中にあっても生命に関わる倫理的判断を行い、患者に対して最善の看護を提供できる力、さらに専門職として、自律的に最新の知識や技術を学び、看護の質の向上を図り、成長し続けていける基盤となるような教育が求められる。

さらに日本看護協会は、患者像の複雑・多様化や医療の高度複雑化、医療提供の場の拡大ならびに、看護師の役割拡大等の看護に対する社会的ニーズを見据えて、より総合的な看護が提供できる看護師の育成が必要であり、将来を担う看護師にはこれまで以上に高い能力が求められ、役割発揮への一層の期待がされていることから、必要な教育内容を教授できる十分な時間を確保するために、看護基礎教育の修業年限を 4 年制化する抜本的な教育改革が必要であると考えている。[日看協文書]

2) 理学療法士

1) 理学療法士作業療法士養成施設指定規則（以下、指定規則）の見直しのポイント

高齢化の進展に伴う医療需要の増大や、地域包括ケアシステムの構築などにより、理学療法士及び作業療法士に求められる役割や知識等が変化している。こうした環境の変化に対応するため、学校養成施設の教育内容の見直しや、臨床実習の充実等による理学療法士及び作業療法士の質の向上を図るべく、理学療法士作業療法士指定規則の改正が行われ、2020年4月の入学生から適用された。

改正された指定規則では、総単位数の増加（93→101単位）、診療参加型実習の推進とともに、①基礎分野への「社会の理解」の新設、②専門基礎分野科目「保健医療福祉とリハビリテーションの理念」における「自立支援、就労支援、地域包括ケアシステム及び多職種連携の理解」の必修化などのカリキュラム変更も図られている。

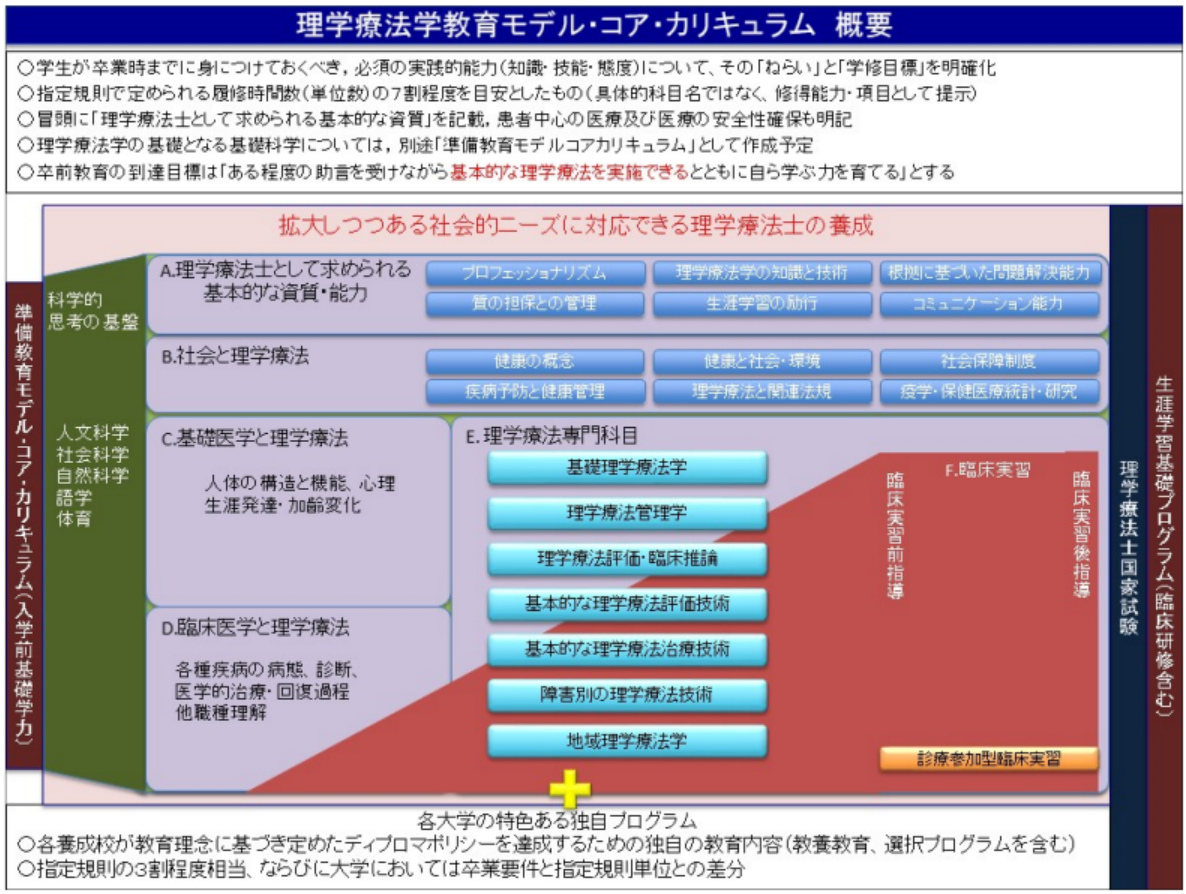
2) 理学療法学教育のモデル・コア・カリキュラムの概要

日本理学療法士協会は、指定規則改正および指定規則大綱化の趣旨を踏まえた上で、課程修了時の到達目標の達成を目指し、モデル・コア・カリキュラムの改正を 2019 年に実施している。大項目は、6 項目（A. 理学療法士として求められる基本的な資質・能力、B. 社会と理学療法、C. 基礎医学と理学療法、D. 臨床医学と理学療法、E. 理学療法専門科目、F. 臨床実習）であるが、中項目とともに、他の医療職教育（医学・歯学・薬学・看護学）に準じて設定されている。

3) 卒前教育の到達目標

日本理学療法士協会は、同カリキュラムによる卒前教育の到達目標を「ある程度の助言を受けながら基本的な理学療法を実践できるとともに自ら学ぶ力を育てる」と設定している。

図表２２：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラムの概要



出所）日本理学療法士協会：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム（2019）
https://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/modelcorecurriculum_2019.pdf

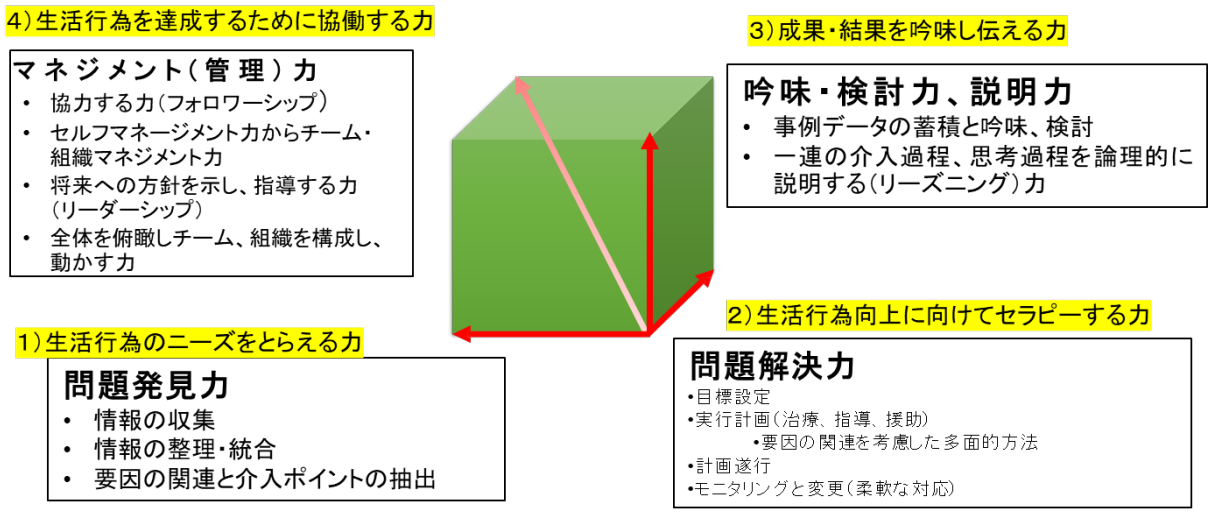
3)　作業療法士

1)　作業療法士に求められる４つの力

作業療法士協会では、作業療法士が獲得すべき実践能力として、①生活行為のニーズをとらえる力、②生活行為向上に向けてセラピーする力、③成果・結果を吟味し伝える力、④生活行為を達成するために協働する力を挙げている（図表２３）。

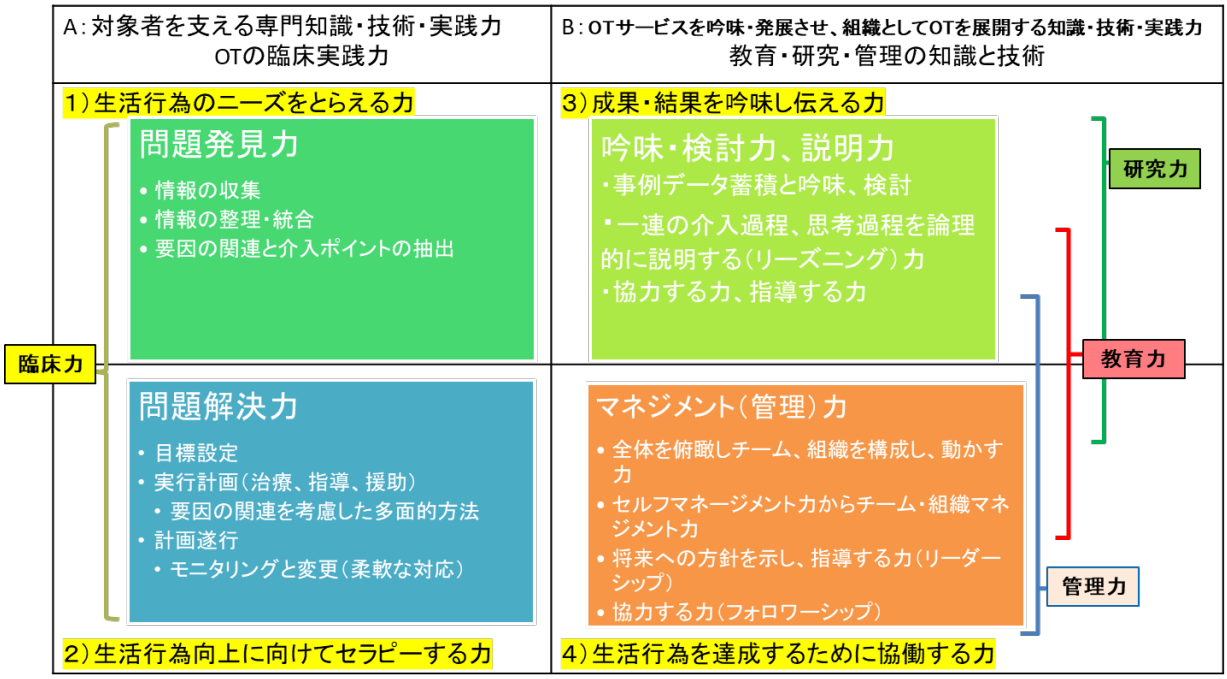
このうち、①と②を「対象者を支える専門知識・技術・実践力（臨床実践力）」、③と④を「作業療法サービスを吟味・発展させ、組織として作業療法を展開する知識・技術・実践力」と位置付けた上で（図表２４）、これら４つの力を獲得するためのラダーを設けている（図表２５）。

図表２３：作業療法士が獲得すべき４つの力



出所）日本作業療法士協会提供資料

図表２４：作業療法士に必要な４つの力と養成・生涯教育との関連



出所）日本作業療法士協会提供資料

図表２５：作業療法ラダーのイメージ
（卒後５年を目途に作業療法の能力を段階付け）

作業療法の核となる4つの実践能力	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ
生活行為のニーズをとらえる力				
生活行為向上に向けてセラピーする力				
生活行為を達成するために協働する力				
成果・結果を吟味し伝える力				

出所）日本作業療法士協会提供資料

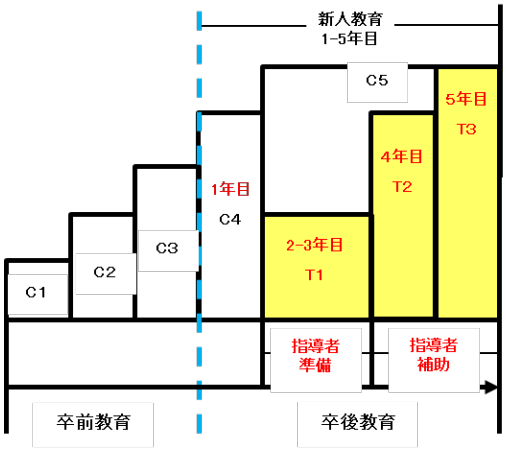
2)　作業療法学教育のモデル・コア・カリキュラムの概要

作業療法士協会は、指定規則改正および指定規則大綱化の趣旨を踏まえた上で、課程修了時の到達目標の達成を目指し、作業療法モデル・コア・カリキュラムの改正を 2019 年に実施している。大項目は、8 項目（A. 作業療法士として求められる基本的な資質・能力、B. 社会と作業療法、C. 基礎医学、D. 臨床医学、E. 作業療法実践の基盤となる専門知識、F. 作業療法実践に必要な専門知識、G. 臨床実習、H. 作業療法学研究）であるが、中項目とともに、他の医療職教育（医学・歯学・薬学・看護学）に準じて設定されている。

3)　卒前教育の到達目標

作業療法士協会は、卒前・卒後教育目標を下図のように設定している。卒前教育の到達目標としては「実習指導者または教員の監督のもと、主体的に実際におこなうことができること」と設定している。

図表２６：卒前・卒後教育における目標について（日本作業療法士協会作成）



C：Clinical Skills（臨床技能）
T：Teaching Skills（指導技能）

STEP C1
実習指導者または教員の解説を受けながら観察できる
STEP C2
実習指導者または教員の指導を受けながら実際に行うことができる
STEP C3
実習指導者または教員の監督のもと、主体的に実際に行うことができる
STEP C4
指導者の助言・指導を受けながら患者の状態に合わせて実施できる
STEP C5
指導者の助言・指導がなくとも患者の状態に合わせて実施できる

STEP T1
指導者の助言・指導を受けながら部分的に（学生・）職員指導が実施できる
STEP T2
指導者の助言・指導を受けながら（学生・）職員指導が実施できる
STEP T3
指導者の助言・指導がなくとも（学生・）職員の能力に合わせた指導が実施できる

出所）日本作業療法士協会提供資料

4） 介護福祉士

介護福祉士養成課程における教育内容は、平成 21 年 4 月に「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の 3 領域に再編等、平成 24 年 4 月に「医療的ケア」の追加等の見直しを経て、平成 29 年 10 月にとりまとめられた社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」の指摘を踏まえて厚生労働省が設置した「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」検討チームにおいて、以下の観点から教育内容の見直しが行われた。

① チームマネジメント能力を養うための教育内容の拡充：「人間関係とコミュニケーション」の教育に含むべき事項に、チームマネジメントを追加
② 対象者の生活を地域で支えるための実践力の向上：「社会の理解」の教育に含むべき事項に、地域共生社会を追加、「介護実習」の教育に含むべき事項に、地域における生活支援の実践を追加
③ 介護過程の実践力の向上：領域「介護」の目的に、各領域での学びと実践の統合を追加、「介護総合演習」と「介護実習」に、新たに【教育に含むべき事項】を追加
④ 認知症ケアの実践力の向上：「認知症の理解」の教育に含むべき事項に、認知症の心理的側面の理解を追加、「認知症の理解」の教育に含むべき事項に、認知症に伴う生活への影響のみならず、認知症ケアの理解を追加
⑤ 介護と医療の連携を踏まえた実践力の向上：「介護実習」の教育に含むべき事項に、多職種協働の実践を追加、「こころとからだのしくみ」の教育に含むべき事項を、こころとからだのしくみⅠ（人体の構造や機能を理解するための基礎的な知識）とⅡ（生活支援の場面に応じた心身への影響）に大別、「発達と老化の理解」の教育に含むべき事項の「人間の成長と発達」にライフサイクルの各期の基礎的な理解を追記

ヒアリングにおいては、卒前教育に求めることとして、倫理教育が強調されたほか、研究を含め、自己研鑽ができることについても言及があった。

5) 社会福祉士

社会福祉士養成課程における教育内容は、平成 30 年３月にとりまとめられた、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」を受けて厚生労働省が設置した作業チームにおいて、同報告書の指摘及び平成 19 年度カリキュラム改正以降の社会状況の変化や法制度の創設等を踏まえ、養成カリキュラムの内容の充実、実習及び演習の充実、実習施設の範囲の見直し等の点について見直しが行われた。主な事項は以下のとおり。

① 養成カリキュラムの内容の充実：地域共生社会に関する科目の創設、ソーシャルワーク機能を学ぶ科目の再構築、司法領域に関する教育内容の見直し及び時間数の拡充、社会福祉に関する指定科目・基礎科目の必修化
② 実習及び演習の充実：ソーシャルワーク機能を学ぶ科目の再構築、ソーシャルワーク機能の実践能力を養う実習時間数の拡充、実習時間の免除の実施
③ 実習施設の範囲の見直し：実習施設の範囲の拡充（都道府県社会福祉協議会、教育機関、地域生活定着支援センター等）
④ 共通科目の拡充：精神保健福祉士養成課程の教育内容との共通科目の拡充（図表２７）

図表２７：社会福祉士・精神保健福祉士養成課程の共通科目の拡充

【共通科目の見直し】　現行：11科目、420時間

現行の共通科目	時間数
①人体の構造と機能及び疾病	30
②心理学理論と心理的支援	30
③社会理論と社会システム	30
④現代社会と福祉	60
⑧地域福祉の理論と方法	60
⑨福祉行財政と福祉計画	30
⑪社会保障	60
⑬障害者に対する支援と障害者自立支援制度	30
⑮低所得者に対する支援と生活保護	30
⑯保健医療サービス	30
⑱権利擁護と成年後見制度	30
合計	420

⇒

見直し後：13科目、510時間

見直し後の共通科目	時間数	
①医学概論	30	
②心理学と心理的支援	30	
③社会学と社会システム	30	
④社会福祉の原理と政策	60	
⑩地域福祉と包括的支援体制	60	
⑫社会保障	60	
⑭障害者福祉	30	
⑱権利擁護を支える法制度	30	
⑤社会福祉調査の基礎	30	新設
⑥ソーシャルワークの基盤と専門職	30	新設
⑧ソーシャルワークの理論と方法	60	新設
⑲刑事司法と福祉	30	新設
⑳ソーシャルワーク演習	30	新設
合計	510	

出所）社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室（令和元年６月 28 日）「社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」

ヒアリングにおいては、今後社会福祉士を目指す人は地域共生社会の理念のもとで学ぶことになり、実習指導者においても地域共生社会にかかわる認識を高め、実践できるよう実習指導者研修を見直していること、また、実習指導者の養成については、現任者の視点と知識の転換をはかる研修プログラムの開発をソ教連と共同で行っていることなどのコメントがあった。

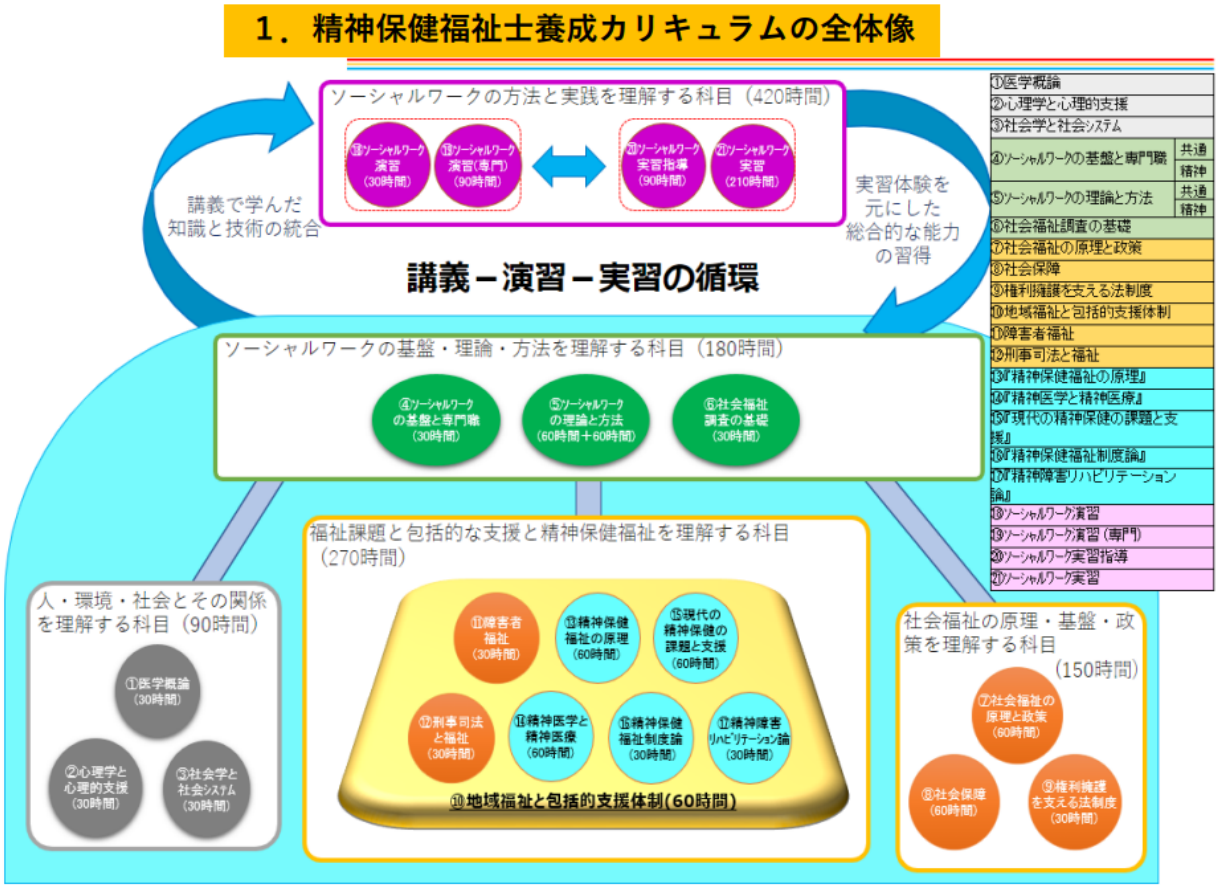
6） 精神保健福祉士

精神保健福祉士養成課程については、2012 年度のカリキュラム施行以降の社会状況の変化や法制度の創設等を踏まえ、精神保健福祉士の養成の在り方等に関する研究会及びワーキンググループにおいて検討を重ね、以下の点について教育内容の見直しを行った。主な事項は以下のとおり。

① 養成カリキュラム内容の充実：精神保健福祉士養成の中核を成す科目の創設（精神保健福祉の原理）、精神保健福祉士の役割に応じた科目の創設（刑事司法と福祉、地域福祉と包括的支援体制）、精神障害者の保健及び福祉に関する指定科目・基礎科目の必修化、ソーシャルワーク技術を学ぶ科目の再構築、就労支援に関する教育内容の充実
② 科目の再構築：「低所得者に対する支援と生活保護制度」の再構築、「保健医療サービス」の再構築
③ 共通科目の充実：社会福祉士養成課程の教育内容と共通科目の拡充
④ 実習・演習の充実：ソーシャルワーク技術を学ぶ科目の再構築、実習時間の免除の実施
⑤ 実習施設の範囲の見直し：実習施設の範囲の拡充（市町村社会福祉協議会、地域相談支援を実施する施設、教育機関、地域包括支援センター等）、実習演習担当教員の要件の見直し

ヒアリングにおいては、2021 年度から開始された新たなカリキュラムの全体像について図表２８に基づき説明が加えられた。エメラルドグリーンの５つがコアになるコンピテンシーであり、精神保健福祉士に共通する原理として、社会的復権と権利擁護、自己決定、当事者主体、社会正義、ごく当たり前の生活はぶれないように力を構築することの重要性についての言及があった。

図表２８：精神保健福祉士養成カリキュラムの全体像



厚生労働省「見直し後の社会福祉士養成課程の全体像」を参考にソ教連が作成

出所）日本精神保健福祉士協会提供資料

7） 保育士

保育士の場合はこの研究で扱っている他の資格と異なり、保育士の養成施設での教育を受けていなくとも一定の者には保育士試験の受験資格が与えられるため、保育士の養成施設での卒前教育が必須とはなっていない。

その上で、保育士養成施設については、児童福祉法第 18 条の 6 第 1 項以下関係の下位法令等において図表２９のように定められている。この現行の保育士養成課程への見直しを提案した「保育士養成課程等検討会」の 2017 年 12 月の報告書では、見直しの検討の方向性として、「乳児保育の充実」「幼児教育を行う施設としての保育の実践」「「養護」の視点を踏まえた実践力の向上」「子どもの育ちや家庭への支援の充実」「社会的養護や障害児保育の充実」「保育者としての資質・専門性の向上」の 6 点が掲げられていた。

図表２９：保育士養成課程教科目

保育士養成課程教科目

	系列	教科目	単位設置数	履修単位数
教養科目		外国語（演習）	2以上	
		体育（講義）	1	1
		体育（実技）	1	1
		その他	6以上	
	教養科目　計		10以上	8以上
必修科目	①保育の本質・目的に関する科目	保育原理（講義）	2	2
		教育原理（講義）	2	2
		子ども家庭福祉（講義）	2	2
		社会福祉（講義）	2	2
		子ども家庭支援論（演習）	2	2
		社会的養護Ⅰ（講義）	2	2
		保育者論（講義）	2	2
			計14	計14
	②保育の対象の理解に関する科目	保育の心理学Ⅰ（講義）	2	2
		子ども家庭支援の心理学（講義）	2	2
		子どもの理解と援助（演習）	1	1
		子どもの保健（講義）	2	2
		子どもの食と栄養	2	2
			計9	計9

	系列	教科目	単位設置数	履修単位数
必修科目	③保育の内容・方法に関する科目	保育の計画と評価（講義）	2	2
		保育内容総論（演習）	1	1
		保育内容演習（演習）	5	5
		保育内容の理解と方法（演習）	4	4
		乳児保育Ⅰ（講義）	2	2
		乳児保育Ⅱ（演習）	1	1
		子どもの健康と安全（演習）	1	1
		障害児保育（演習）	2	2
		社会的養護Ⅱ（演習）	1	1
		子育て支援（演習）	1	1
			計20	計20
	④保育実習	保育実習Ⅰ（実習）	4	4
		保育実習指導Ⅰ（演習）	2	2
	⑤総合演習	保育実践演習（演習）	2	2
	必修科目　計		51	51
選択必修科目	保育に関する科目（上記①～④の系列より科目設定）		15以上	6以上
	保育実習Ⅱ又はⅢ（実習）		2	2
	保育実習指導Ⅱ又はⅢ（演習）		1	1
	選択必修科目　計		18以上	9以上
	合　計		79以上	68以上

出所）厚生労働省「第 1 回保育士養成課程等検討会」資料（2022.5.23）

なお全国保育士会へのヒアリングにおいては、卒前教育に求めることとして、参加者からは「社会人教育」「コミュニケーション力（人間関係の構築力も含む）」「発達に課題を抱えているが保育の仕事に従事したい学生への育成」「現場実習の充実（期間、実習担当指導者の配置等）」「実習の評価表（評価基準など）」等が挙げられた。

4. 共通基礎課程導入・実装について

共通基礎課程の導入・実装について、教育関連団体（文書）及び職能団体から示された意見を以下に列挙する。

＜総論、当面導入する対象＞

- 「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」（平成 29 年 2 月）における改革の骨格の一つ「4.専門人材の機能強化・最大活用」については、平成 28 年度 医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究（研究代表者 大西弘高）が行われている。本研究では、17 の医療及び福祉関連職種について、各職種の法律、その施行規則、養成所・養成施設指定規則、指導ガイドラインなどの現状法令にもとづき、共通する科目における内容の共通度等を整理するなどし、保健医療福祉の共通基礎課程について検討が行われたが、各職種の育成課程の見直し無しに、共通基礎課程を作ることが困難だという結論に至っている。既に、「共通基礎課程を作ることは困難である」との結論が得られており、さらに平成 30 年には社会福祉士等に対する保育士試験科目の一部免除措置等、ならびに介護福祉士養成施設の卒業者に対する保育士養成課程における一部の教科目の履修免除措置などの改正省令等の施行が行われていることから、本調査研究でいまだ共通基礎課程の検討を行う合理的な理由が見当たらない。このたびのヒアリングに至る一連の調査研究によって、今後どのような成果を期待し、得ようとしているのか疑問がある。
- 日本看護系大学協議会（JANPU）としては、本研究の核の部分は、対人支援職種として、看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士の 7 資格に共通する基礎課程のモデルカリキュラムを提案し、各職種に導入することを問う内容であると理解している。看護学は対人支援についてコンピテンシーを掲げ（JANPU, 看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標, 2018 年)、既に導入してきた。従って、JANPU としては、提案の共通基礎課程（600 時間, 30 単位）が看護師を除く対人支援関連職種に新たに導入されることに異論はないが、これによって看護学教育が規定されることには反対の立場を表明する。また、共通基礎課程とすることの目的の一つには、複数の資格を取得しやすくすることが記されていた。少子高齢社会において、支援する人材の増加を図る目的であると理解したが、増加に繋がるとは考えにくい。以上から、JANPU としては、医療福祉資格の共通基礎課程を看護学に導入することには反対する。(反対理由：1. 看護学は、保健師助産師看護師学校養成所指定規則に規定され、1 年間分に相当する共通基礎課程 600 時間, 30 単位を導入することは、本来のカリキュラムを圧迫することが懸念される。2. 「看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標」(JANPU, 2018 年)、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」（文部科学省, 2017 年）が発出され、指針として看護学教育に既に反映されてきた。3. 共通基礎課程導入が保健医療福祉人材の増加に繋がるとは考えにくい。)
- この度は、４年制大学で先行試行とのことであるが、保健医療福祉系国家資格の養成課程は多ルート（大学院、大学、短大、専修学校、高等学校で修業年限も異なる）であり、共通基礎課程を実質化するために多ルート問題を前提にグランドデザインを構築する必要がある。そうでなければ、短大や専修学校の経営に大きな影響を与えることが予想される。また、福祉系から医療系へと大量の人材が流出することも懸念される。この点についての、緩やかな歯止めの仕組みが必要である。
- 医療福祉系専門職種で共通言語を学び、質の高い医療・福祉サービスを国民に提供する方針には賛成であるが、対象者の背景や属性が異なる 7 職種に限定するのかが非常に疑問である。より幅広く対象とすべきである。
- 医療福祉系専門職種で共通言語を学び、質の高い医療・福祉サービスを国民に提供することには賛成。また、二つ目の資格を取得しやすくすることに反対ではありませんが質保証が極めて重要ではないか。
- 資格を取得しやすくすることは、質を高めることと相反することである。２つ目の資格を取得しやすくするにしても、質保証が極めて重要である。
- 学生にとって学びやすさが、対人援助職としてのスキル担保に繋がるのか、現時点でイメージがつかないので、十分な議論を望む。
- まず、全体にかかわる大前提として、医療福祉系専門職種で共通言語を学び、質の高い医療・福祉サービスを国民に提供するという方針には賛成だが、何故この７職種なのかという大前提に大きな疑問がある。医療福祉系専門職種が共通のベースを有することが重要であれば、より幅広く対象にするべきではないか。

- 何より、質の高い医療・福祉サービスを国民に提供するために、まず、医療福祉系専門職教育の４年制大学化を進め、その上で、７職種に限らず共通基礎科目を策定するという流れを是非進めて頂きたい。
- 二つ目の資格を取得しやすくする（ダブルライセンス）構想で想定されている流れ（医療職種から福祉職や保育へ、または福祉職や保育士から医療職へ）があるような印象を受けたが、その想定されている流れと、本構想の趣旨が合致しているのか明確でないように感じた。
- 対人援助と一言で言っても、対象者の背景や属性が異なるため、今回選択された 7 領域では無理があるように思う。もっと医療福祉職全体としての共通基礎の基盤にするか、逆にリハビリテーション専門職など領域が似た科目とした方が受け入れられやすいのではないか。
- 当面 4 年制大学を対象として共通基礎課程を導入することについては、研究実績が出せる人材を期待する一方、4 年制を中心に考えると必要なボリュームになる。資格取得のコンピテンシーが定められていれば、その後専門性を高めていくうえでの基礎になる。
- 専門職者の養成は大学だけでなく短期大学や専門学校でも行っているため、実施する場合は短期大学や専門学校も同時に導入したほうがいいのではないか。そうすることで、短期大学や専門学校からの編入学もしやすくなるのではないか。
- 今回の専門職に、管理栄養士や栄養士が入っていない理由があれば知りたい。

＜導入・実装のメリット＞

- 大学にとって、多職種連携科目の充実、大学間や学科間で異動した場合の高等教育における国家試験受験資格にかかわる単位互換がスムーズに行われるという先例としての意義は感じるが、それほど大きなメリットではないのではないか。
- 他方、学生にとっては、理学療法士のキャリアパスを考えた場合、卒業後に社会福祉士になりたいと考えることはあるかもしれない。そのような場合、共通基礎科目を履修していると、実際どのくらい短い期間で社会福祉士の受験資格が与えられるのか、具体的な数字が分かれば、学生や既卒者の判断が明確になると思われる。
- メリットは例示されているものが考えられる。教育の質の確保には、導入に伴うカリキュラムの整理や見直し機会の創出、コンピテンシー基盤型教育やルーブリック評価などの教育手法導入機会の創出も考えられる。
- 学生へのメリットとして、在学中の進路変更が行いやすくなる可能性が挙げられる。また対人支援職種を希望する学生が 1 年次に共通基礎課程を履修し、2 年次から専門コースへ進学できるようになれば、入学後にも継続して学修意欲が喚起され、納得した進路選択に繋がることが考えられる。入学前に漠然と医療介護専門職を考えていた学生が学内でより専門的な学びを経て自身に合った進路を選択できるようになれば、ドロップアウトやリアリティショックを防ぐ取り組みにも繋がると考えられる。
- 導入のメリットとして、学生の間から他職種への興味や理解が深まる。（複数回答あり）、高校生へのアピール、専門職種の理解にもつながる。
- また資格保有者やダブルライセンス取得希望者、進学先を決定する高校生等への訴求効果、（学生数の確保、増員、大学経営の安定効果）もあげられる。
- 基盤科目があることで、途中で進路変更を考える機会が得られ、編入学生が増える可能性、学生のキャリアパス拡大につながる。本学の場合、現在は社福、精神、介護から 2 資格の国家資格を選んで受験資格が得られる。その場合、履修科目が増えるが、共通基礎課程導入により、現行のカリキュラムが見直され、ダブル受験者にとってはダブル受験しやすくなる可能性がある。指定科目上の履修免除につながれば、ダブルライセンスやトリプルライセンスを目指す学生の負担軽減になる。また CAP 制による履修中止を防ぐことができる。
- その他、科目の区別がつきやすい。現状では、各専門職者によって価値観の違いを大きく感じることがあるが、そのあたりが学生の間から改善される可能性がある。他の養成課程とのコミットメント（学生及び教員）、医療系のみならず、福祉系におけるタスク・シフト/シェアの推進などにつながる。
- 各大学のメリットは多職種連携科目の充実につながる（医療福祉共通領域での質保証）。
- また大学間や学科間で異動した場合（転部や転科、再入学等）の場合、高等教育における国家試験受験資格にかかわる単位互換がスムーズに行われるという先例としての意義は感じる。
- 若干の宣伝効果はあるかもしれませんが、それほど大きなメリットはないと感じる（とくに理学療法や看護の場合）。一方で定員割れをおこしている大学にとっては宣伝効果になるかもしれ

ない。しかし、福祉系学科に入学して共通科目を履修し終えて卒業した後に、理学療法や看護学科に入学（転部？）しても 3 年以上を要することになると思われますので、その場合にどの程度のニーズがあるのかは不明であり、いくつの大学が手を挙げるのかは想像がつかない。

- 理学療法士養成課程の学生のメリットは、理学療法士のキャリアパスを考えた場合、卒業後に社会福祉士になりたいと考えることはあるかもしれません。そのような場合、共通基礎科目を履修していると、実際どのくらい短い期間で社会福祉士の受験資格が与えられるのか、具体的な数字が分かれば、学生や既卒者の判断が明確になる。
- また理学療法士養成課程に入学した学生の転部、転科、転入学を想定すると、このカリキュラムを導入している同一大学内あるいは他大学で読み替えが認められる場合は、学生および大学側にメリットがあるかもしれない。
- 共通基礎課程導入のメリットとしては、保育士養成校（以下、養成校）の教育の質の確保と向上が考えられ、とりわけ医療・福祉を中心とする近接他職種との連携・協働のための共通理解を養成段階において確保できるということが挙げられる。また、他の専門職と共通の基盤を備えることが社会的に認知されることで、保育士の社会的地位の向上への一つのステップとなる可能性も期待できる。加えて、コンソーシアムによる取り組みが認められることで、地域における養成校間の連携・協働が促進される可能性も考えられる。

＜実装上の課題や困難＞

- 理学療法士の教育内容がかなり高度化し、幅が広くなってきている。現行の指定規則で定められている 3 年間ではかなり厳しいのが現状であり、質の高い医療を国民に提供するためには、指定規則を４年制の大学教育に一本化するのが最優先事項ではないかと考える。他の医療福祉系の職種も同様であると思う。その上で、共通基礎科目を保健医療福祉連携科目として組み込む流れが理想的だと考える。
- 大学教育では 125 単位前後の履修が望ましいとされている。その中に、指定規則で定められている科目を全て含め、かつ、各養成校における専門職としての独自性を強調する科目を含め、さらに一般教養科目をどのように充実させようかとしている現状において、これらの共通基礎科目を含めるとなると、時間的にかなり困難ではないかと思われる。
- 一部の大学による手上げ方式の場合、既存の教育課程に影響しない共通科目のみを別に扱う制度設計（教職課程のように学科を超えて希望者が受講する建付け）であれば運用の混乱は少ないかと思う。
- 専門職教育では学年間で段階的な学修目標を設定している。例えば 1、2 年次に知識、技術、素養を身につけ、3、4 年次に現場での実習といった流れが主流と思われる。このような 4 年間の流れの中で、対人支援職種に共通して求められるコンピテンスも身につけていくと考えられる。現在、各大学でもDP、CPが整備されているが、コンピテンシーをDPに変換し4年間を通して達成できるようにしている大学が多い。つまり、対人支援職種に共通して求められるコンピテンスは学年を跨いだ複数の科目によって身につけることができているのが現状と思われる。そのため、共通基礎課程の部分がどの科目に該当するのかといった判断が難しいことや、該当する科目が複数年次にわたって配置されていることが想定され、現状のまま導入を行っても「②複数の医療・福祉資格を取得しやすくし、医療・福祉人材のキャリアパスを複線化」という目標達成に繋がりづらいと考えられる。
- 上記を前提とした場合、カリキュラムの整備や見直しに大幅な時間や労力が必要となること考えられ、実装する大学数が少なくなることが課題と考えられる。更に、実装する大学数が少ない場合には、メリットが減るため、更に導入に難色を示すと考えられる。その他、②のキャリアパスの複線化といった視点でみると、専門学校（特に 3 年制）との差別化が必要と考えられる。また、説明や理解をしてもらう面での課題としては、経済産業省が示す社会人基礎力などとの関係性や違いが示されているとわかりやすいと考える。
- 4年制大学への共通基礎課程導入や実装に関する意見・要望として、学生のメリットや将来像を考えると個人的には大賛成だが、現状でも業務量が多い中、学内で統一した体制にはなれないと思うところが大きい。
- ４年制大学の場合は、当該養成課程の教育課程全体（専門教育のみならず、いわゆる教養教育を含む）の中で考える必要がある。
- 配布資料では、個別コンピテンシーに係るルーブリック評価案が提示されているが、教育の質保証の観点から共通基礎課程そのものに対する評価がなければ専門職養成の質が担保できない

のではないか。そのため、新たな認証評価機構等の設立が求められる。

- 配布資料では、共通基礎課程 600 時間（30 単位）について、「8-9 割が現行課程で既習となると確認」とあったが、それならば新たに共通基礎課程と銘打つ意義はどこにあるのか。この点を踏まえ、コンピテンシー案の見直しが必要ではないか。
- 養成課程間の学生の学力差、事務負担（導入の対価）、導入大学の規模や立地等により、地方大学の希望者減、共通基礎課程の導入による教育の質の確保（多職種連携等）（＊本学は既に 2 科目設定）、共通基礎課程の導入による教育の質の向上と確保、養成課程間の教員負担差の是正が考えられる。
- 2021 年度から新カリキュラムが始まっており、新カリキュラムを学んだ学生が卒業していないなかで共通基礎課程を導入するとなると学校に負担になる。
- 社会福祉士と精神保健福祉士の養成課程において共通となる科目数・時間数の拡充を行ったところでもあり、共通基礎課程の趣旨は理解できる。ただし 600 時間の現実性を含めて実現可能性には疑問がある。医療系職種、福祉系職種のなかでの共通化はできても、それを横断するとなると、困難が生じるのではないか。
- 社会福祉士・精神保健福祉士は 2021 年度から新カリキュラムが開始したばかりであり、現時点で養成課程に手を加えるような変更を想定できる状況にない。今回共通基礎課程を適用すると想定されている医療福祉の国家資格について、各々の専門職性でどのように人・地域・社会に関わり支援しているのかについて精査した上で、共通基礎課程の可能性・あり方について検討する必要があるのではないか。
- 8 割以上の養成校が、教職課程（幼稚園教諭）を併設して、重なる部分を多く備えつつカリキュラムの整合性を確保していることから、医療・福祉系資格との共通基盤にカリキュラムの一定の分量を割くことが難しいと考えられる。手を挙げることができる養成校は、4 年制大学で、幼稚園教諭養成課程を併設していない、福祉系の大学が中心となることが考えられる。または、共通基礎課程に参加した場合でも、大学内の他学部との、あるいは大学間での連携により、学生が共通基礎課程と教職課程のいずれかを選択できる方式が可能であれば、参加する大学が増える可能性があると考えられる。現行の保育士養成課程を、共通基礎課程を踏まえて抜本的に再構成することで、より多くの養成校の取り組みが可能になると思われる。

5. コンピテンシー試案について（6 領域・41 コンピテンシー）

コンピテンシー試案について、教育関連団体（文書）及び職能団体から示された意見を以下に列挙する。

＜全体として＞

- 看護師は診療の補助（医行為）を実施することが可能な専門職であり、人間の生命に直結する専門的な判断と技術を提供している。医行為は、医師、歯科医師、看護師の他、医療関係職種が身分法で定められた範囲で実施することが出来るものであり、診療の補助に該当する行為は医師、看護師が共有する行為である。さらに、看護師の業務範囲は他の医療従事者の中で最も広いものである。看護師については、今般列挙されている他の 6 職種とは、基盤となる専門的な基礎知識や科学的な思考、患者・家族の安全確保において担っている役割、責任や職業倫理が大きく異なるものであり、基礎教育における学習の範囲や深さの隔たりが大きいことから、他の 6 職種との共通基礎課程を作ることは出来ない。具体的には、人体の構造や機能、疾病の成り立ちを例にとっても、それぞれの職種が、各専門性に基づいて、必要とする内容を学習する。看護師にとって人体を看護学の観点から系統的に理解することが、看護実践の基盤であり、重点を置く学習の範囲も掘り下げ方も他の 6 職種とは大きく異なる。従って、看護師を共通基礎課程モデルカリキュラムの検討の対象職種に含めることは、その前提から成立しない。よって日本看護協会では、上述のように、コンピテンシー試案作成の前提が成立しないと考えており、作成自体に反対する。
- 基礎共通科目のコンピテンシーやルーブリックで目指す内容を踏まえ、初学者に当てはめるとこれらのコンピテンシーに示されるひとつひとつの用語の理解から必要。例えば、当人中心性とどのようなものでどのような行動が望ましいか、その行動を実践するためにどのような学習や意識が必要かなど。理解できたことと実行できることは異なるため、初学者ではなく養成教育（4 年）+大学院での実装でないと難しいような印象を持つ。科目立てではなく、シラバスベースの突合となるとさらに複雑となる。そもそも、初学者のカリキュラムのすべてをこれに置

き換えることはできない。また、シラバスベースとなるとさらに実施状況が見えにくくなる。

- 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシーがカバーされているものと考える。一方で、それぞれの対人支援職種は、大学 4 年間の学修を通じて段階的にここに示されたコンピテンシーを獲得しているよう想定される。こちらの年次毎の獲得過程は職種間で異なるのかを示す必要がある。また異なった場合に、どのように統合するのかを示す必要がある。
- 提示されているコンピテンシー（6領域・41コンピテンシー）はいずれも興味深い内容であり、医療系の養成校にとっては多職種連携の基礎になるように感じた。一方、この内容が本当に7職種に共通して重要なコンピテンシーなのか、どのようにしてこの 6 領域・41 コンピテンシーが構築されたのか疑問に感じた。
- このコンピテンシーの尺度としての信頼性（妥当性）が 7 つの資格にどのようにあてはまり、教育的効果が期待できるのか客観的な検証が必要なように感じられる。また、細目の信頼性妥当性について、統計的な検証が必要であろうと思う。
- 共通基礎課程とするには、領域によっては難易度が高いものや内容の偏りがかなり大きいと感じた。
- 医療福祉系の人材として、人間力や人としての魅力、質を高めるためには一般教養科目の充実も非常に重要。哲学や、社会学、文学、自然科学系の「STEM 教育（Science、Technology、Engineering、Mathematics）も非常に重要であり、これからはデータサイエンスの基礎や、場合によっては政治や経済なども重要。
- 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシーでは介護過程の展開を大切にしたい。
- 合格ライン、合否ライン等が設定されているが、共通基礎課程としての水準をどのように考えるかが重要ではないか。
- 既存のカリキュラムでカバーされていない、カバーが困難と考えられるコンピテンシー・コンピテンス領域について、学内の他学科を含むと特にない。
- 一見したところ、コンピテンシー試案の多くの項目は、まさに専門職としての共通基盤に係るものであり、保健医療系専門基礎というよりは、福祉系専門基礎において教育されている内容が多数散見される。
- コンピテンシー試案全体を通じて、対人支援の専門家として基本的な重要な、他者の価値を受け入れる内容や、アセスメントなどの思考過程。科学的思考のところにどの程度の内容が入るのかわからないが、アセスメント～計画立案過程が入っている方が視野は広がる。
- 観察の視点も重要。観察については、専門職によってずいぶん異なっているので、この点の改善にもつながる。
- 具体的にまとめられているため、理解しやすい。
- 一見するとコンピテンシー試案は保健医療系資格の専門基礎というよりは、その前段階の現代社会における専門職の姿勢に係る項目が中心であるように思える。したがって、これを以てどこまで複数資格の取得が容易になるのか疑問である。
- とはいえ、保健医療系専門職が福祉系専門職において重視される基本的な姿勢を学ぶ上で、必要不可欠なコンピテンシーが網羅されている。
- 多職種の調整・コーディネート力も重要ではないか。
- コンピテンシー試案に対して網羅的で良くできていると思う。さらにルーブリックで目指すべきことが書かれていて分かりやすい。
- 精神保健福祉士の養成カリキュラムで包含されている内容が多いと感じた。
- 「本人中心」の視点，問題解決を個人と環境・社会の双方に働きかける視点が共通基盤・共通認識として示されていると思う。
- これだけで一つの地域支援の専門職と言っても良い内容だと思う。
- この内容の人材育成となると、それだけで 4 年制教育が必要ではないか。
- 地域共生社会の観点に立てば、最大の目標は孤立の問題に取り組むことだと考える。対象となっている 7 職種すべてが取り組まなければならない課題である。
- 文言の抽象度が高く、すべての要素が包含される印象も受けた。
- 職種によってコンピテンシーを学ぶプロセスが異なると思われる。
- 各職種の現行カリキュラムから共通の概念を抽出して整理されたものと理解したが、各カリキュラムにおける科目構成、各科目のねらいなどの文脈から切り離されているので、それをもって「共通」と言えるのか疑問が残る。

- 共通基礎課程（案）に含まれる内容について、仮に同じ用語であったとしても、専門職によってその理解や使い方に差異がみられたり、専門職として立場や見方（価値・視点）が異なるため、その点について丁寧な整理が必要。
- 「理解できている」という範囲であれば、保育士養成課程において既に教授されている内容に重なる部分がより多くなるが、「実践できている」という水準を求められた場合には、適合しにくくなると思われる。
- 当人から表出された言動だけが介入の根拠になり続けていることはないかなど、常に確認しあえるような意識が共有できればいい。

＜個々のコンピテンス領域・コンピテンシーについて＞

- Ⅰ-3 の教育目標「臨床倫理や価値に基づく診療の考え方の枠組みを説明できる」は介護福祉士のコンピテンシーになじまない。
- コンピテンシー試案に対してⅠ－６，７：スーパービジョンの要素を入れてほしい。同僚や指導者に伝えることができたり、議論できたりするだけでなく、自己開示や客観視する機会をもつことが、どの専門職においても質の向上、業務の継続性の視点から必要。
- Ⅱ-3 については、福祉系専門職養成課程（専門教育科目）もさることながら、いわゆる教養教育との連動が重要である。
- Ⅱ－３，４：調査統計等の活用を含む EBP の発想を指すのか、具体的な支援課程でのテクノロジーを指すのかが分かりにくい。ソーシャルワークにおける「生産性の向上」とは何を指すのかイメージしづらい。
- Ⅱ-4 に関連して、介護や障害の領域では、政策的に ICT やロボットの活用が期待されているが、いわゆる国が示したシラバス上では明示されていない。
- 福祉専門職養成大学の大半は、いわゆる文系学部と保健医療系学部等により構成されているが、文系学部であれば、Ⅲ-3 に該当する科目が必要（あるいは、関連科目のシラバスに加筆）である。
- 福祉系専門職は、この間のカリキュラム改正により、Ⅲ-6 の教育が開始されている。
- Ⅲ－３：福祉専門職としては、医学的・医療的説明はむしろ控えるべきという認識がある。
- Ⅲ－４：「必要なプロセスを実践できる」の表現が抽象的で具体的にイメージできなかった。
- 保育へのあてはまりについて：Ⅳ.当人の理解と支援　　乳幼児を対象とする保育で、当人の主体形成を考慮やリハビリテーションの視点、対話の視点などは難しいと感じる。特に、「6.言語や文化、宗教…」というのは解釈が難しく感じた。
- Ⅳ：支援の対象が「大人」を想定している印象を受け、心身の成長発達過程やライフステージ・ライフイベントに沿った理解の仕組みが見えにくい。
- Ⅳ－４：リハビリテーションにリカバリーの視点を盛り込めると良いと思う。
- Ⅳ－６：「価値観や背景」に「多様な～」を加筆すると良いのではないか。
- Ⅳ－10 ケアマネジメントも重要だが、介護過程についてもここからめてはどうか。介護福祉士も混同しているところもあるが、他職種にも理解してほしい。
- Ⅳ（Ⅴとも関連して）：当人を中心に進めていくには、各職種の専門性や介入が、当人の生活にどのような影響や負担をもたらすのか、当人の文脈から共に考える姿勢が重要ではないか。
- Ⅴ -1 の教育目標「他の専門職との間に生じる差別意識について振り返り、記述することができる」の差別意識というのが伝わりにくい。
- Ⅴ-2 リーダーシップとともにフォロアーシップも織り込めないか。
- Ⅴ-6 コレクティブインパクトの概念はこれ以外にも関連するのではないか。
- Ⅴ-7 について、介護福祉士養成ではシラバス上に明示されているが、その他の福祉士については明示されていない。
- Ⅴ：「自らの職種の専門性とその限界」とあるが、所属機関に関する項目・切り口が弱い点が気になった。所属機関の特性や機能を踏まえ、その限界を認識することで他の機関との連携を図る視点も協働的実践において重要と思われた。
- Ⅵ－４：「支援に必要な資源を、時に当人や住民と共に検討できる。」の文言で、「時に」を入れる必要はあるのか疑問に感じた。
- Ⅵ社会の仕組み、社会保障、医療介護福祉関連の制度の理解も必要ではないか。
- 「Ⅱ　科学的思考とその展開」「Ⅵ　地域・社会活動とソーシャル・インクルージョン」は、取り組んでいる養成校や授業がゼロではないと思うが、厚労省が示す養成校の標準的な教育内容

に照らすと、かなり広く解釈しない限り、含まれているとは言いがたいと考える。他の分野においても医療及び社会福祉の実践に係る内容はカバーしているとは言えない。

6. モデルカリキュラムについて（600 時間・30 単位）

モデルカリキュラムについて、主に教育関連団体（文書）から示された意見を以下に列挙する。

- 現在のカリキュラム内（実際に履修可能な科目数）で 300～350 時間くらいは網羅できるかもしれないが、既に設定されている科目を追加で履修することや、新たに科目を設定できたとしても現実的に履修可能な時間を確保することは容易ではないと考える。
- ヒアリングされた 2 大学では 8-9 割が現行過程で既習になると確認されているようであるが、福祉系職種の多職種連携を大学の特色とされている大学の事例であり、一般化するには性急さと危うさを感じる。
- 社会福祉士は多くが 4 年制大学であり、影響が大きい。600 時間は養成の半分の時間となり、新カリキュラムを見直さないと収まらない。
- 各大学（学部・学科等）には DP があり、これとコンピテンシーとの関連も考慮する必要がある
- それぞれの大学の AP/DP/CP に落とし込めるのかが心配。
- 各大学において実施されている既存のカリキュラムにコンピテンシーをシラバスベースで突合する場合、さらに専門家や学協会の協力を得て妥当性を担保する必要がある。
- 対人支援職種の専門教育は、段階的に行われている傾向があるため、既存のカリキュラムとコンピテンシーをシラバスベースで突合した際に、1 つの科目に対して複数のコンピテンシーが該当する、もしくは 1 つのコンピテンシーに対して複数の科目が該当するということが想定される。また、どの科目がどのコンピテンシーに該当するのかの判断に迷うことが想定される。その際に、誰がどのように判断するのかといった基準の統一が必要だと考えられる。
- 既存のカリキュラムとコンピテンシーをシラバスベースで突合して各コンピテンシーに対する学習目標の到達を確認するといった方式の実現性や実務上の課題として、他の学科との調整が必要で関係がある全学科の了解が得られない可能性は高い。さらに、すべての専門職への理解がある教員のコーディネートが必要なのではないか。そして、その科目を担当する教員の負担が大きいことが考えられる。
- シラバスとの照合は、受験資格取得に関わる科目のみならず、いわゆる教養教育系を含む当該学部・あるいは学科等の教育課程全体を視野に入れる必要がある。
- 示されたコンピテンシーに対して該当する科目が不足している場合の対応方法についても示す必要があると考えられる。
- コンピテンシーのチーム・組織の理解と協働的実践のルーブリックにあるような「自らの職種」に関わる能力は、キャリアパスを複線化した際に、身につけていると解釈しても良いのかの判断に迷うことが想定される。
- 1 大学では専門職者養成にも限りがあり、すべての専門職者を養成していないことが考えられるため、他大学との連携による合同授業の可能性も検討していただきたい。
- 大学の規模や教員数によって担当する専門職教員の事務的負担が大きい。
- 既に検討済みかと思われるが、この度の対象となる各資格の指定規則等（業種によっては、モデルコアカリキュラム）とコンピテンシーとの照合が必要である。
- 読み替えのヒント、コンソーシアムの例示等があると実務的にハードルが下がるのではないか。
- 実現可能性は一部の養成校（４年制、福祉系）に限定されることが考えられる。教職課程を備えた養成校の場合、文科省の認可との関係で、シラバスをさわることが難しい面がある。

7. 複数資格を取得しやすくする仕組みについて

複数資格を取得しやすくする仕組みについて、教育関連団体（文書）から示された意見を以下に列挙する。

- 同一の大学で複数資格を取得するケース（４年間プラスαや修士号取得）であれば運用は比較的現実的のような気がする。また、共通基礎課程を導入した複数の大学で複数資格を取得するケースも可能性としてはあるかもしれない。ただし、後者の場合、定員管理などをどのように調整するのかなど、設置基準の運用を含めて課題が多いと考える。
- 現状でも単位互換制度があり、各大学の判断で実施されている。共通基礎科目を導入していると大学間での単位互換がスムーズになるという優位な点はあるかもしれないが、最終的には各

大学の判断に任せられるため、コンピテンシーの明確化が重要になってくると思う。

- 医療福祉職の質を向上するというよりも、単位互換制度をスムーズに行えるようにするためなどを前提にした方が導入しやすいような気がする。
- SW や CCW の養成校で共通基礎科目（主に連携科目や福祉系科目）600 時間を取得してから理学療法士・作業療法士・看護師養成校に入学してきた場合、専門専攻科目以外に、専門基礎である解剖学や生理学などの科目も履修する必要があるため、2 年間での理学療法士、作業療法士、看護師の受験資格を取得することは、質保証の点からも、履修可能な学修時間確保の点からも困難ではないかと考える。
- 実現性と実務上の課題として想定される点は、①であれば、1 つの大学内の整備で完結することができるため比較的整備は行いやすいと考えられる。どの科目を該当科目とするのかを学内で明確に取り決めることで、可能と考えられる。しかし、ボリュームを減らすだけでなく、あくまでも課程を年単位で短縮するとなれば、学部間、学科間の調整は必須であるため、時間と労力および学部学科間の合意が不可欠である。例えば、共通基礎課程以外の専門科目が 1 年次の科目として配置されている場合には、2 年生として編入し 1 年生の専門科目を履修する必要がある。その場合の時間割の調整などは全学的な事項となる。また、単なる単位の読み替え精度と差別化できるよう、ボリュームの削減ではなく、課程を年単位や半年単位で短縮できることが望ましいと考えられる。
- ②については、①の調整に加え大学間で該当科目内容を調整する必要がある。コンピテンシーに該当する科目であっても該当科目の内容が異なる可能性が考えられる。
- ③については、今後共通基礎課程を導入する大学が増えることを前提とし、共通基礎課程を導入していない大学でどのように単位の読み替えが可能かを予め検討してもらう必要がある。
- 指定規則の修業年限に縛られない柔軟なカリキュラム編成を可能とすることについては、大学全入時代の現在において、2 つ目の国家資格取得を目的とした編入学生は新たなターゲットだと考えられる。編入を後押しする共通基礎課程の導入および修業年限に縛られない柔軟なカリキュラム編成を可能とすることは、大学としては望ましい変化だと考えられる。
- 大学実務としての問題点では、上記の①（4 年間プラスαや修士号取得）は運用としては比較的現実的のような気がするが、②も可能性としてはあるかもしれない。ただし、②や③の場合、定員管理などをどのように調整するのかなど、設置基準の運用を含めて課題は山積。また現状でも単位互換制度があり、各大学の判断で実施されている。共通基礎科目を導入していると大学間での単位互換がスムーズになるという優位な点はあるかもしれないが、最終的には各大学の判断に任せられるので、コンピテンシーの明確化が重要になってくると思う。医療福祉職の質を向上するというよりも、単位互換制度をスムーズに行えるようにするためなどを前提にした方が導入しやすいように感じる。
- 理学療法士養成校の場合、作業療法士取得者は 2 年の学修で理学療法士国家試験受験資格を与えることが可能だが（法律で定められているが）、解剖学や生理学など、国家試験でも共通科目があるため実現可能なのだと考える。一方、SW や CCW の養成校で共通基礎科目（主に連携科目や福祉系科目）600 時間を取得してから理学療法士・作業療法士・看護師養成校に入学してきた場合、専門専攻科目以外に、専門基礎である解剖学や生理学などの科目も履修する必要があるため、2 年間での理学療法士、作業療法士、看護師の受験資格を取得することは、質保証の点からも、履修可能な学修時間確保の点からも困難ではないか。
- 質問事項に列挙した方式の実現性、実務上の課題として学生にとっては大きなメリットになると思うが、教務上の確認事項などの作業は大変だと思う。大学間連携のための共有ツール、プラットフォーム等が必要である。また、教育の質の担保ができるのか、オンデマンドや、オンラインなどが多用されないかが心配。対人援助職養成として、対面にこだわりたい。
- ①の同一大学で複数資格を取得する場合、文科省のいうキャップ制との整合性について一定の整理が必要である。
- ②については、総じて福祉系大学は定員確保に窮しているため、コンソーシアムの形成について懸念される（現実的には、同業他社とは本質的にライバル関係）。（逆に、保健医療系大学ならば、各大学による単独の取り組みで容易に可能である。）
- ③について、これまでも編入による複数資格（出身校で取得した資格とは異なる資格）の取得が可能であった。その際は、受け入れ先となる各大学の編入学制度の出願資格を検討する必要がある。
- 指定規則の修業年限に縛られない柔軟なカリキュラム編成を可能とすることについては科目の

順序性が各専門職によって異なるのではないかと思うところがある。

- 学生にとってメリットが大きいが、資格によってカリキュラムのボリュームが異なり、修了年限に差が生まれすぎるのも公平性がないため、基準が必要である。
- 常識的に考えた場合、大学設置基準における卒業要件の単位数を大きく超えることになる。この制度を推進する際には、厚労省のみならず、文科省との調整が必要である。
- 指定規則では、福祉系国家資格の縛りは時間数であるため、修業年限（基本ルートは、高卒２～3 年）はあまり問題にならないと思う。
- 社会福祉士や精神保健福祉士については、受験資格取得ルートによっては実務経験が求められるものの、４大・短大卒については一般養成施設（1 年）や短期養成施設（6 ヶ月−現存する短期養成は最短９ヶ月）があり、これらとの関係についても整理する必要がある。
- ４年制の福祉系大学の保育士養成課程であれば、共通基礎課程導入により複数の資格を取得しやすくなると思うが、教職課程を併設する保育士養成課程の場合、それに加えて医療・福祉系の専門的な学びを深めるにはカリキュラムがいっそう過密になることが予想される。そのことで、特定のタイプの養成校を利する制度と受け止められかねないという懸念もある。関連分野の大学院を持つ大学であれば、複数資格の取得の可能性はより高まる。
- （引用者注：指定規則の修業年限に縛られない）柔軟な取り扱いがあることで、保育士養成校もコンソーシアム等も活用しながら、複数の資格取得を目指す可能性が高まると考える。

8. その他

その他、教育関連団体（文書）及び職能団体から示された意見を以下に列挙する。

- 議論を成熟させるためには、今回のヒアリング対象を含めた関連学会や協会、何よりも 4 年制大学での実装を検討されるのであれば、大学を所管する文部科学省の参加を得て協議を進めていく必要がある。
- 専門職のマンパワー的には、理学療法士はほぼ飽和状態と言われている。一方、介護や福祉系、保育の人材が現時点では不足しているという現実があるかもしれない。その流れから、理学療法士や作業療法士、看護の有資格者を福祉や介護、保育に流そういうことであれば、「医療福祉系専門職種で共通言語を学び、質の高い医療・福祉サービスを国民に提供する」という大前提と齟齬があり、違和感がある。
- 国家資格が与えられる資格は、関連職種との個別性（高い専門性）が重要視される必要があると考えている。共通言語についても選択の重要度と頻度は異なり、当人中心性についても、よりプロセスに着目した患者経験価値のようなより当人に寄り添う研究が進んでいる現状である。
- 基礎共通科目のコンピテンシーやルーブリックで目指す内容を踏まえ、初学者に当てはめるとこれらのコンピテンシーに示されるひとつひとつの用語の理解から必要。例えば、当人中心性とどのようなものでどのような行動が望ましいか、その行動を実践するためにどのような学習や意識が必要か・・・という具合になる。理解できたことと実行できることは異なり、初学者ではなく養成教育（4 年）+大学院での実装でないと難しいような印象を持つ。
- 科目立てではなく、シラバスベースの突合となるとさらに複雑になる。そもそも、初学者のカリキュラムのすべてをこれにおきかえることはできないですし、シラバスベースとなるとさらに実施状況が見えにくくなる。
- 共通基礎課程と国家試験の関係が不明瞭なところがある。手上げ方式は国家試験を実施するうえで適当なのか。
- 養成側の問題になるが、教えられる教員がいるかを懸念する。
- 超少子高齢化社会における保育及び保育士（保育者）の在り方を考えた場合、医療福祉資格と共通基盤を備えることは必要な方向性だと考える。また、保育士養成課程がこうした流れから疎外されることは、保育士の社会的地位の向上や人材確保において強く不利に働くことが懸念される。一方で、保育士養成課程の抜本的な再構成なしに共通基礎課程を導入することは実務上困難な点が少なくない。多くの養成校が教職課程（幼稚園教諭）との併置により、学校教育に係るコンピテンシーの習得を目指す部分が小さくない中で、医療福祉分野に限らない、学校教育も含む対人援助専門職という、より間口を広げた（抽象度の高い？）コンピテンシーの設定によって、保育士養成校の参画を促すことが可能となるかもしれない。

D. 小括

＜地域共生社会の実現に向けて期待される当該資格職種の人材像＞

- 各職種において、社会環境とともに変容するニーズを踏まえ、当該資格職種の人材像についての見直しが重ねられている。
- 多くの職種において、個人及び世帯、地域の課題の多様化・複雑化、医療の高度複雑化、支援を必要とする対象や場（分野）の広がりといった社会背景の変化が認識され、そのなかで各職種の基盤となる役割に加え、変化に対応する役割とそれを果たすために必要となることの整理が行われている。
- こうした議論において、地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現という文脈がどれだけ強調されているかについては、職種によりばらつきがある。

＜当該資格職種の生涯教育体系＞

- 7 職種の職能団体において、各職種のキャリア形成や生涯学習支援の取組み、生涯学習制度の構築及び研修機会の提供等が行われている。
- 認定（看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士)、専門（看護師、理学療法士、作業療法士、保育士（構想段階)）資格制度や研修が設けられ、当該職種の基盤としての知識・技術の更新、実践力の獲得とともに、専門分野別及びマネジメントにかかわる能力の向上がはかられている。
- 医療系職種（看護師、理学療法士、作業療法士）のいずれにおいても、高度専門的な内容に特化していき、卒前教育にもその一部が取り込まれ、内容が膨らんでいく傾向が見られる。

＜卒前教育の最近の動向と求めること＞

- 医療職については、文部科学省において、2001 年に医学教育・歯学教育、2002 年に薬学教育、2017 年に看護学教育のモデル・コア・カリキュラムが策定され、順次開始、医学・歯学・薬学教育については改訂が行われており、看護学教育（学士課程）についても将来的には同時改訂や一部共有化を見据えているとされる。
- 理学療法・作業療法については、各職能団体において医学・歯学・薬学・看護学教育に準じて大項目・中項目を設定のうえ、モデル・コア・カリキュラムを改正・実施している。
- なお、日本看護協会は、卒前教育に求めることとして、「すべての『診療の補助行為』を実施するための基盤となる教育」「臨床判断力や倫理的判断力を養い、患者安全の確保・推進の基礎的能力を養うための教育」の 2 つをあげ、前者に関して「診療の補助行為」を行うにあたって不可欠な人体の構造と機能、疾病の理解、安全確保についての学習は福祉資格と基盤を共有しておらず、他の医療関係職種と比べても幅広い専門知識を体系的に学ぶための教育が必要と回答している。
- 介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士については、共通基礎課程創設の検討を含む「「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程)」（平成 29 年２月「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部）以降にとりまとめられた社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の報告書、その後に厚生労働省において設置された各職種に求められる役割や教育内容・養成の在り方に関する研究会や作業・検討チーム等での議論を経て、カリキュラムや国家試験の在り方の見直しが進んでいる。ここで地域共生社会を教育に含むべき事項として、あるいは新たな科目の創設により追加、また社会福祉士・精神保健福祉士についてはソーシャルワークにかかわる科目の再構築等が行われたほか、両者の教育内容と共通科目の拡充がはかられた。
- 保育士については、同時期に議論が進められていた保育士養成課程等検討会（平成 27 年 6 月～平成 29 年 12 月）において、地域共生社会という言葉こそ登場しないものの、その背景に関連する核家族化の進展や地域のつながりの希薄化、これにより日々の子育てに対する助言、支援や協力を得ることが困難な状況等も踏まえ、見直しの方向性のなかに「養護」の視点重視、子どもの育ちや家庭支援の充実、社会的養護や障害児保育の充実といった点が含まれた。

＜共通基礎課程導入・実装について＞

- 対人支援専門職が職種を超えて共通言語を学び、より質の高いサービスの提供や地域共生社会の実現に資する人材を養成するという方向性については、総論としては概ね賛同が得られた。
- また、これを養成課程に共通の基礎課程を創設することによって実現する方針についても、看護関係団体を除き、基本的な理解が見られた。メリットとして、導入に伴うカリキュラムの整理や見直し機会の創出、コンピテンシー基盤型教育やルーブリック評価等の教育手法導入機会の創出、

多職種連携科目の充実といった教育の質の確保、学生が在学中の進路変更を行いやすくすること、高校生へのアピールにつながること、コンソーシアムが認められることで地域における養成校の連携・協働が促進される可能性等があげられた。

- ただし当面導入する対象を 7 職種・4 年制大学とすることについては多くの疑問が呈された。看護師については、看護師を除く職種への導入は異論がないが、看護学教育が規定されることには JANPU より反対の立場が表明された。また、まず対人支援専門職教育の 4 年制大学化を進め、そのあと 7 職種に限定せず幅広く共通基礎課程を設定するほうがよいのではないかという意見、まず医療系・福祉系のなかで近接する資格間の共通化あるいはその拡充から進めたほうがよいのではないかという意見、短大や専門学校も同時に導入したほうがよいのではないかという意見、現状が多様なルートであることを前提にしたグランドデザインが必要であるという意見が複数あげられた。
- 実装上の課題として、カリキュラムの見直し・整備にかかる負担、各資格のカリキュラム改正の時期との兼ね合いにかかわる言及があったほか、国家試験や指定規則、モデル・コア・カリキュラムとの関係を見えやすくするべきという声が聞かれた。また、教育の質の確保、共通基礎課程そのものに対する評価の必要性に関する意見もあった。
- 議論の成熟のために、意見交換を行った関係団体、文部科学省の参加を得て協議を進める必要があるという提案もあった。

＜コンピテンシー試案とモデルカリキュラムについて＞

- 看護師については、他の6職種とは重点を置く学習の範囲も掘り下げ方も大きく異なることから、共通基礎課程の対象職種に含めることができず、コンピテンシー試案作成の前提が成立しないことから、対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案の作成自体に反対との立場が表明された。
- 他方で、共通して修得すべきコンピテンシーをまとめることの意義に賛同する意見も多かった。
- 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案の内容については、全体としてカバーされている、これまで福祉系専門職基礎において教育されている内容が散見され保健医療系専門職が多職種連携を進めるうえでの基礎となる、本人中心の視点、問題解決と個人と環境・社会の双方に働きかける視点が示されているといった評価が見られた。
- 今後の課題として、個々のコンピテンシーについても多数の意見があったほか、ひとつひとつの用語の理解の確認、コンピテンス領域・コンピテンシーの信頼性（妥当性）と教育的効果についての客観的な検証も必要ではないかというコメントがあった。
- 実装するうえでは、職種ごとにコンピテンシーの獲得過程が異なることを踏まえた整理、学年をまたぐ複数科目でまかなわれているコンピテンシーもあり、科目との紐づけにかかわる基準の統一や妥当性の確保、不足の場合の対応方法を示す必要があり、対象となる全職種への理解がある教員によるコーディネートが求められるとの声、コンソーシアムの例示を示すことが有効との意見もあった。
- なお、600 時間のボリュームについては懸念が多く、シラバスとの突合を行った 2 大学はいずれも多職種連携を特色としており、一般化は難しいのではないかというコメントも聞かれた。指定規則で定められる科目、専門職としての独自性を強調する科目を含め、一般教養科目の充実も非常に重要と考えるなか、共通基礎課程の科目をどのように時間的に吸収するかは困難な課題という声、シラバスの突合においては、一般教養科目を含めて行うほうがよいという提案もあった。

E. 結論

- 質の高いサービスの提供や地域共生社会の実現に資するよう、職種や分野を超えて共通言語を身に着けた人材を養成する（質的側面）という方向性については、7 職種の職能団体・教育関連団体において、総論としては概ね賛同が得られた。これを養成課程に共通の基礎課程創設によって実現する方針についても、職種による温度差はあるが、看護関係団体を除き、基本的な理解が見られた。
- ただし、当面の対象を 7 職種・4 年制大学とすることに関する疑問や異論は大きかった。看護師については、他の職種への導入はよいが、看護学教育が規定されることには反対の立場であり（JANPU)、実装プロセスについても、より幅広い職種に／近接する職種から、まず専門職教育の 4 年制大学化から／短大や専門学校も同時になど、関係者のなかで意見が分かれた。
- 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシーをまとめ、これを基盤とする教育を行っていくことについては、賛同意見が大半であった。ただし、看護師については、自らを共通基礎課程の対象職種に含めることができないとの立場であり、コンピテンシー試案作成の前提が成立しないことから、作成自体に反対の意見が表明された。
- コンピテンシー試案については、領域やコンピテンシーの信頼性・妥当性や教育的効果に関する検証の必要性が指摘された他、個々のコンピテンシーについても多くの意見が寄せられたが、全体としては一定の評価が得られ、今後の検討のたたき台として活用可能であると考えられる。
- モデルカリキュラムについては、国家試験や指定規則、モデル・コア・カリキュラム等との関係を見えやすくすること、カリキュラムの見直しや整備を助ける基準や事例等の必要性についての指摘があった。600 時間・30 単位というボリュームへの懸念も複数の職種からあげられた。各職種において、高度な支援ニーズへの対応という社会的要請もあり、各職種において生涯研修体系の整備も進んでいるなか、卒前教育における水準の設定については、卒後教育との関係にも留意して、関係者と慎重に検討する必要がある。
- 国レベルで地域共生社会の実現に向け、対人支援職種の共通基礎課程創設の検討という方針が示されて久しい。にもかかわらず、当面の対象職種とされた 7 職種―今回ヒアリングの対象とした関係団体における理解及びスタンスには、極めてばらつきが大きかった。今後、ほんとうに共通基礎課程の実装を目指すのであれば、厚生労働省として関係団体等に改めてその方針及びスケジュールを示すとともに、今年度までの関連研究の成果を基礎資料として、その目的及び内容、対象とする職種や課程、実装プロセスについてグランドデザインを描き、具体的な意見交換及び合意形成の場を設置することが求められる。あわせて共通基礎課程の導入に関心を寄せる学校を募り、モデル事業として取り組みを開始するなどの対応が不可欠である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

論文発表

1. 堀田聰子. 対人支援専門職の基礎教育課程の一部共通化をめぐって. 地域ケアリング, 24(6), 6-11, 2022
2. 川越雅弘. 対人支援専門職に求められる役割･機能―地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けて―. 地域ケアリング, 24(6), 18-23, 2022
3. 大西弘高. 共通基礎課程とその実装上の諸課題. 地域ケアリング, 24(6), 30-36, 2022

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

共通基礎課程検討の背景とねらい

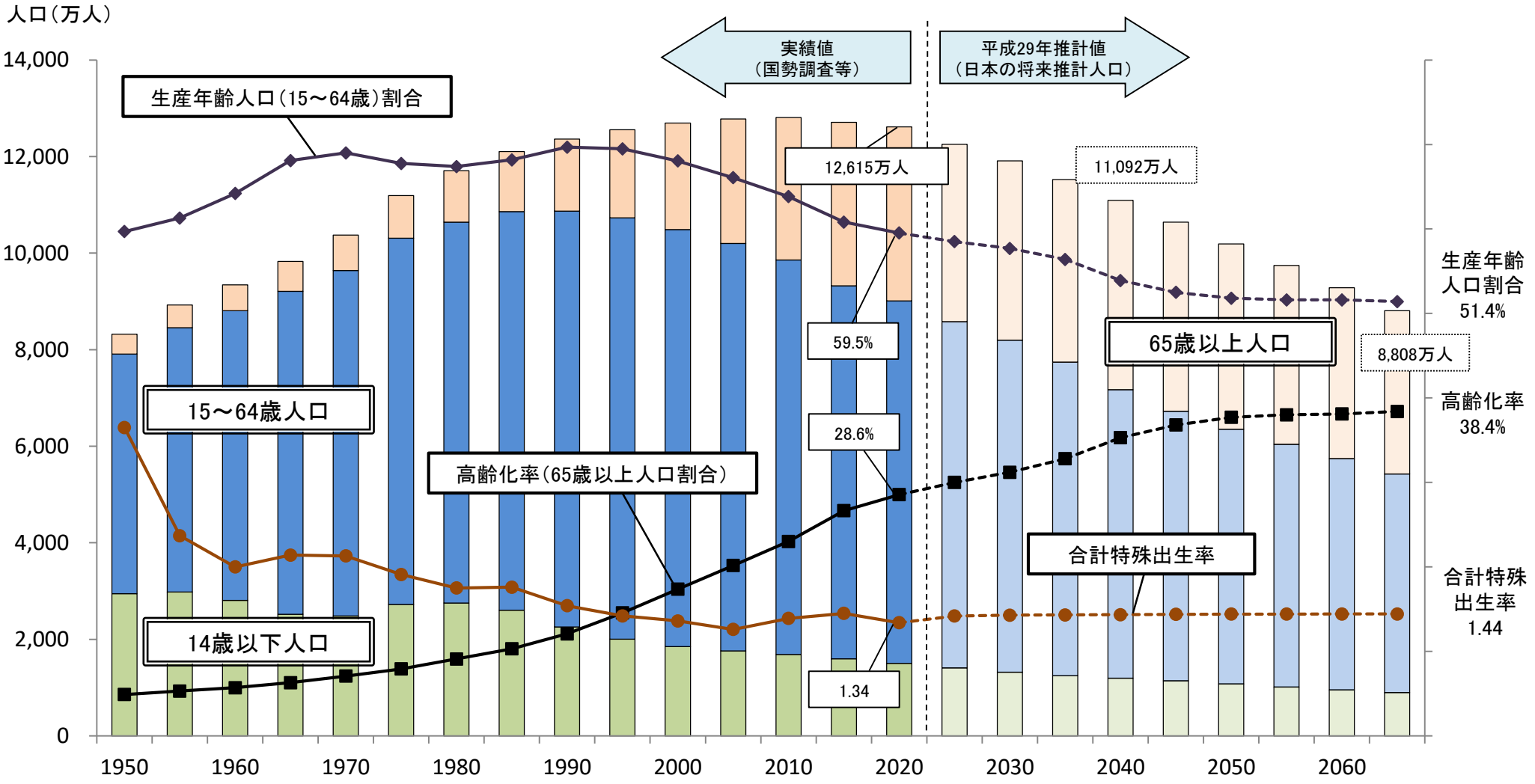
令和４年９月

厚生労働省　政策統括室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

日本の人口の推移

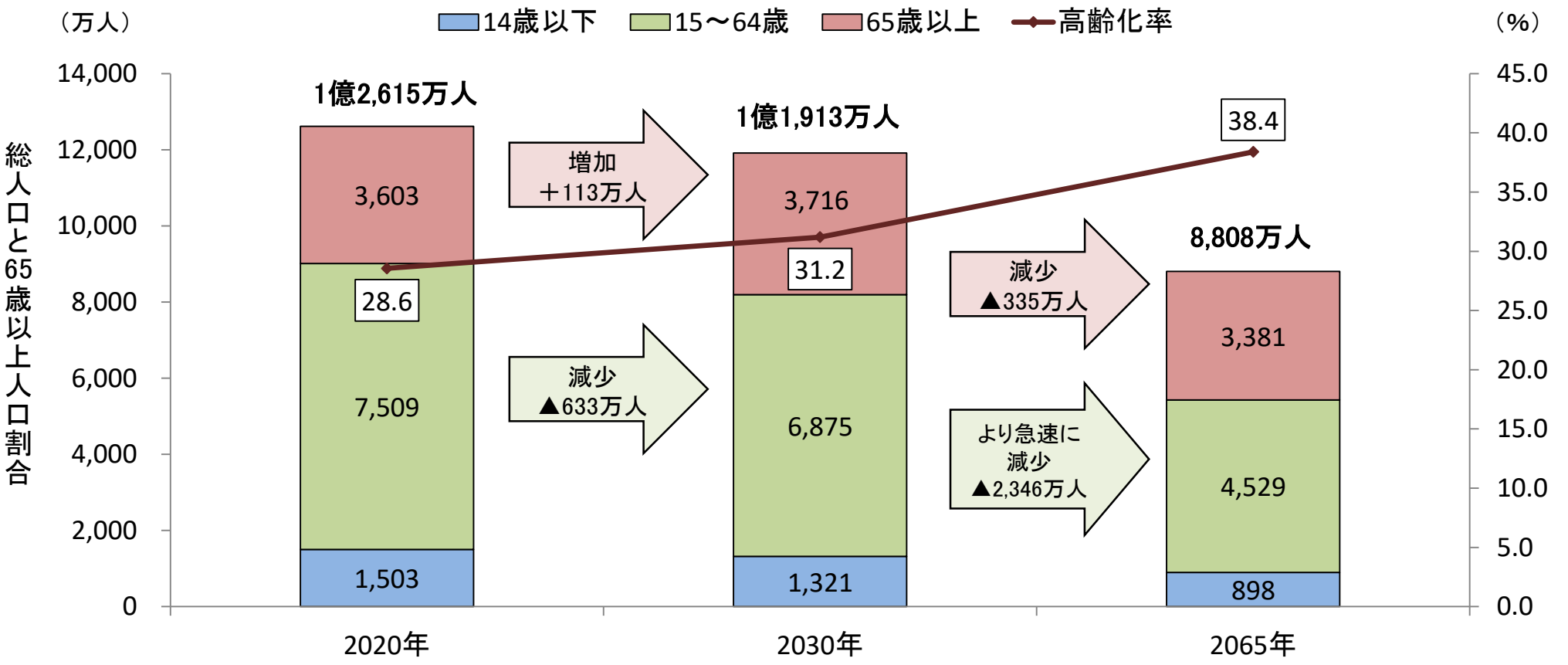
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、
高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



（出所） 2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025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29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

今後の人口構造の急速な変化

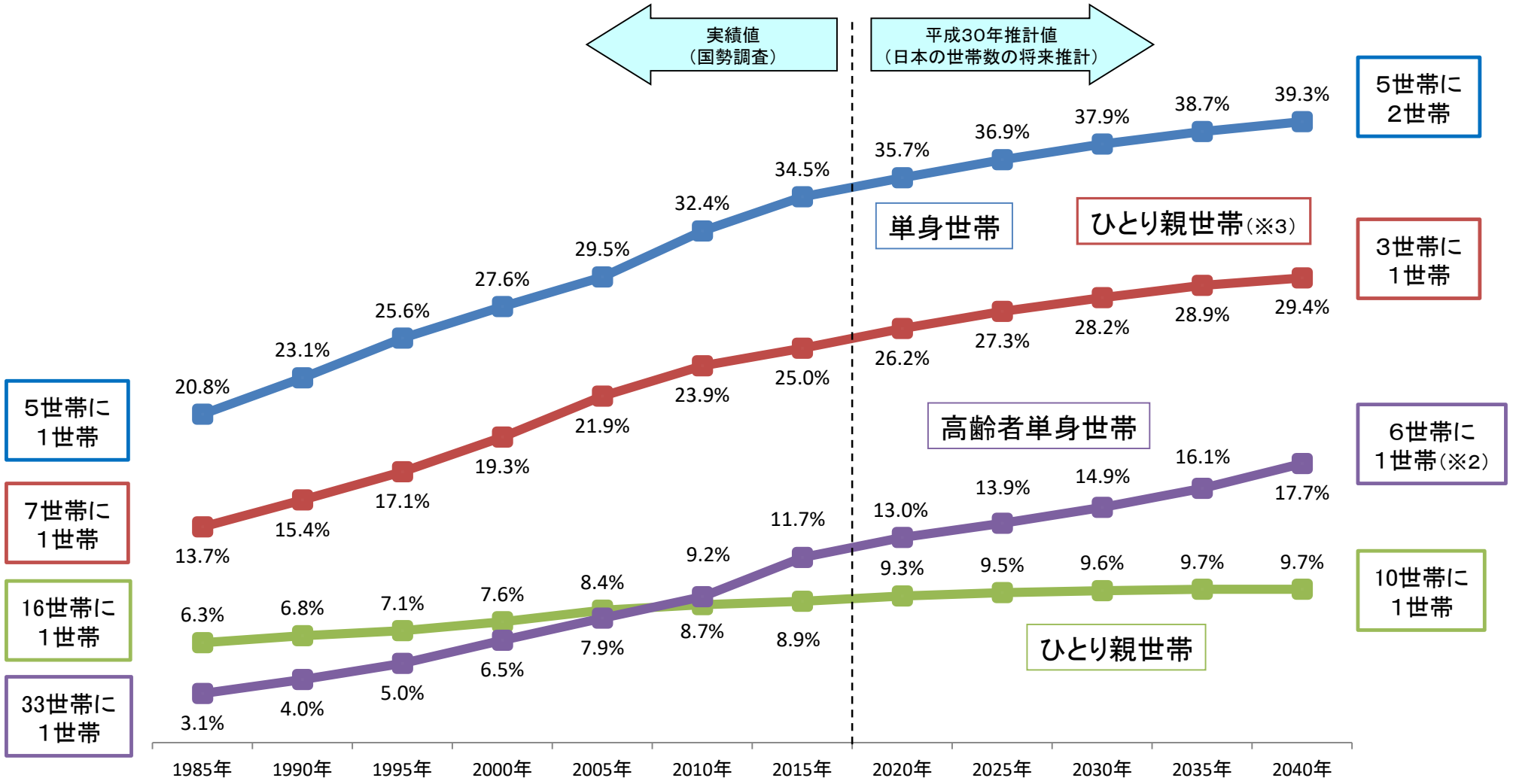
○ 2030年から2065年にかけて、いずれの年齢層も減少していくが、特に15～64歳の生産年齢人口がより急速に減少していくと推計されている。



（出所）2020年の人口は総務省「国勢調査」
2030年及び2065年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

世帯構成の推移と見通し

○単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。
　単身世帯は、2040年で約4割に達する見込み。



（出典）総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計）」
（※1）世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。
（※2）全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%（2015年）から40.0%（2040年）へと上昇。
（※3）子どもがいる世帯のうちひとり親世帯＝ひとり親と子の世帯／（夫婦と子の世帯＋ひとり親と子の世帯）。また、子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

医療・福祉分野におけるマンパワーのシミュレーション

○ 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

厚生労働省 平成30年５月21日「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」

【シミュレーション（1）】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

＜2040年度の変化等＞

・医療福祉分野における就業者数：
▲81万人［▲1.4%］

【シミュレーション（2）】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

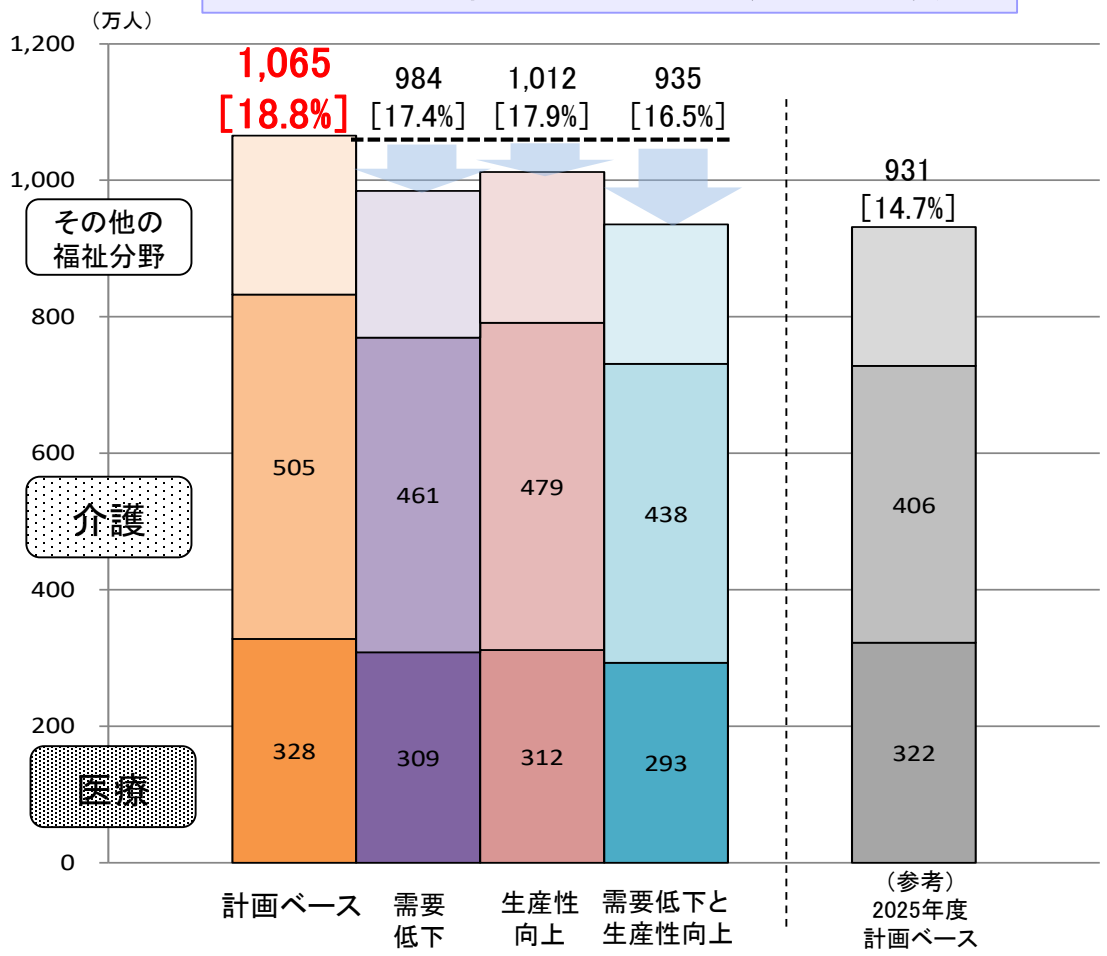
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

＜2040年度の変化等＞

・医療福祉分野における就業者数：
▲53万人［▲0.9%］

※（1）と（2）が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人［▲2.3%］

医療福祉分野における就業者数（2040年度）



【就業者数全体5,654万人】 （注）［ ］内は就業者数全体に対する割合。

（注）医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

ニッポン一億総活躍プランにおける「共通の基礎課程」の位置づけ

平成28年6月2日　閣議決定

【国民生活における課題】

高齢、障害、児童等の対象者ごとに充実させてきた福祉サービスについて、複合化するニーズへの対応を強化することが必要。

医療・福祉人材の確保に向けて、新たな資格者の養成のみならず、潜在有資格者の人材活用が必要。また、これにより、他の高付加価値産業における人材確保を同時に達成することが必要。

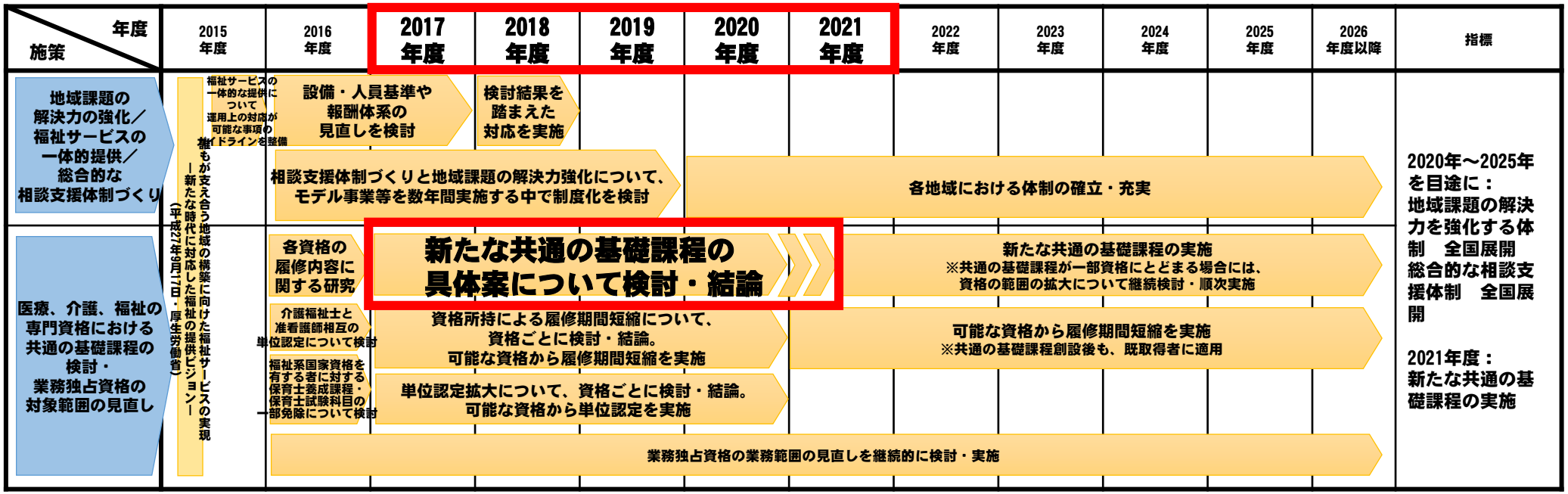
・有資格者のうち資格に係る専門分野で就業していない者の割合：
　保育士　約６割（2015年度・推計）
　介護福祉士　約４割（2013年度・推計）

【今後の対応の方向性】

支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す。あわせて、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る。また、支援の対象者ごとに縦割りとなっている福祉サービスの相互利用等を進めるとともに、一人の人材が複数の専門資格を取得しやすいようにする。

【具体的な施策】

・地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援し、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携も図る。
・多様な活躍、就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進める。
・共助の活動への多様な担い手の参画と活動の活発化のために、寄附文化の醸成に向けた取組を推進する。
・高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、設置基準、人員配置基準の見直しや報酬体系の見直しを検討し、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにする。
・育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制作りを進め、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。
・医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する。
・医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直しを行う。



「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）における「共通の基礎課程」の位置づけ

「地域共生社会」とは

平成29年2月7日　厚生労働省　「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が 『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

〇個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
〇人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

〇住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
〇地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改正】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改正】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設 【29年制度改正・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

地域丸ごとのつながりの強化

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

専門人材の機能強化・最大活用

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

実現に向けた工程

平成29（2017）年：介護保険法・社会福祉法等の改正
◆　市町村による包括的支援体制の制度化
◆　共生型サービスの創設　　など

平成30（2018）年：
◆　介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など
◆　生活困窮者自立支援制度の強化

平成31（2019）年以降：更なる制度見直し

2020年代初頭：**全面展開**

【検討課題】
①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方　　③共通基礎課程の創設　　等

◆制度・分野ごとの**『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて**、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、**住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会**

支え・支えられる関係の循環
～誰もが役割と生きがいを持つ社会の醸成～

◇居場所づくり
◇社会とのつながり
◇多様性を尊重し包摂する地域文化

◇生きがいづくり
◇安心感ある暮らし
◇健康づくり、介護予防
◇ワークライフバランス

すべての人の生活の基盤としての地域

◇社会経済の担い手輩出
◇地域資源の有効活用、雇用創出等による経済価値の創出

地域における人と資源の循環
～地域社会の持続的発展の実現～

◇就労や社会参加の場や機会の提供
◇多様な主体による、暮らしへの支援への参画

すべての社会・経済活動の基盤としての地域

農林

環境

産業

交通

……

医療・福祉資格における共通基礎課程の検討

【目的】

○職種や分野を超えた**共通言語**を持ち、**地域共生社会の実現**に資する人材の育成（＝質的側面）

○**複数の医療・福祉資格を取得しやすく**し、医療・福祉人材のキャリア・パスを複線化（＝量的側面）

【内容】 ※これまでの厚労科研の研究結果に基づくもの

○**7職種**の**4年制大学**の養成課程に**共通の基礎課程を創設**し、2つ目以降の養成課程で履修免除

※看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士

○意欲のある大学（単独／コンソーシアム）による**手上げ方式**を検討

【今後の検討課題】

○共通基礎課程のモデルカリキュラムの設定

○各大学の養成課程でコンピテンシーが習得されていることの確認・認定の仕組み

○2つ目以降の養成課程における履修免除の在り方

○検討スケジュール　　他

（参考）共通基礎課程に係る厚労科研の研究経過

◆平成28年度「医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究」（研究代表者：大西弘高）

✓全職種共通の教育内容とするためには**養成課程の大幅な見直しが必要**

✓**コンピテンシー基盤型の教育を見据えていくことが望ましい**と結論

◆平成29年度「保健医療福祉専門職の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に求められる能力とその教育方法に関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

✓対人支援職種に共通して求められる**コンピテンシーの試案**

◆平成30年度～令和2年度「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

✓4年制大学の卒前教育課程における**共通基礎課程のモデルカリキュラム（1年程度分）を作成**

◆令和3年度「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシー習得に向けた教育コンテンツに関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

✓埼玉県立大学・神奈川県立保健福祉大学において、**7職種の養成課程の科目とコンピテンシーを突合**

✓**8割以上のコンピテンシーが既修**になることを確認（神奈川県立保健福祉大学・看護学科では10割既習）

令和4年度厚生労働科学研究「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」

共通基礎課程に関連する厚生労働科学研究の経緯と検討状況
～対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案とモデルカリキュラム案に焦点をあてて～

2022年9月

堀田聰子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）
shm@sfc.keio.ac.jp

共通基礎課程に係る厚生労働科学研究の経緯（平成28年度～令和3年度）

◆平成28年度研究：「医療関係職種の養成課程内容共通度の調査研究」（研究代表者：大西弘高）

- 共通基礎課程創設を念頭に、**医療及び福祉関係17職種の教育内容の共通度等を調査**
- 医療系・介護福祉系の専門職間では課程共通度が高いものの，医療系と介護福祉系の隔たりが非常に大きく、**既存カリキュラムを前提に年単位で共通化するのは困難**。
- 人間の生活、社会の理解、保健医療福祉制度、医療安全、病と人の心理、コミュニケーション論等においては，医療系・介護福祉系に共通する内容が多いものの，異なる用語で教育されている。
- **中長期的にコンピテンシー基盤型教育、専門職種間連携とその教育なども見据えて、展望を明確化していくことが望ましい**。

◆平成28年度研究：「住民主体の持続可能な共生型地域づくりとその担い手等に関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

- 「地域共生社会」推進の担い手に求められる専門性とその養成のあり方について、全国11人のハブ人材への実践者によるシャドウィングとインタビュー、公開WS、多職種等による討議をつうじて検討し、ハブ人材の専門性、発揮する機能や共通する特性を整理。
  - 複雑で高度化した当事者ニーズに応えることができる幅広い射程をもち、専門分化したサービスでは充足できないケアや支えるネットワークをつくることで、当事者や生活者の相互依存先を増やす（＝循環をつくる）ことができる。批判的思考・複眼的視角・メタ視点という共通の特性。
  - あるべき人材像と教育カリキュラムを固定化せず、**各地域における実践とそれをつうじて蓄積されたナレッジを共有・研究し、教育へと展開**することが求められる。

◆平成29年度研究：「保健医療福祉専門職の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に求められる能力とその教育方法に関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

① 我が国の保健医療福祉職の資格制度の変遷、対人支援専門職種に対する社会的ニーズと求められる能力を巡る議論のレビュー

② 海外における教育課程の共通化の取組について、その範囲と教育内容（教育目標、構成など）・教育方法、資格体系の分化・統合の移行プロセス継続的な発展枠組みをレビュー

③ 国内外の状況を踏まえ、**対人支援専門職に共通して求められるコンピテンシーの試案とその教育のあり方を検討**：「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」を踏まえ、保健医療福祉専門職とその育成にかかわる有識者による集中討議の意見を集約して初期リストを作成のうえ、3地域で専門職・教育機関・自治体・住民とともに地域の実情を踏まえたコンピテンシーや教育方法に関する対話型ワークショップを開催、さらに検討プロセスに参加した者への意見聴取を繰り返すというプロセスにより検討

◆平成30年度～令和2年度研究：「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシー習得に向けた教育コンテンツに関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

① 対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案について、**32の教育課程のシラバス、指定規則との対応関係、見直し・追加すべき部分を検証、文献および教育機関・職能団体関係者とのヒアリングによりコンピテンシー試案を検証・精緻化**

② 現行カリキュラムで賄われないコンピテンシー獲得に有効な教育内容・方法を開発

③ 国内の卒前・生涯教育動向及び国際的な専門職の養成・確保の潮流にかかわる文献・ヒアリング・現地調査等から共通基礎課程導入にあたっての課題を把握・検証

④ 以上を踏まえた**共通基礎課程のモデルカリキュラム案を策定**

◆令和3年度研究：「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（研究代表者：堀田聰子）

① **共通基礎課程のモデルカリキュラム案の検証**とその実装にかかわる課題抽出

- 2つの4年制大学の7職種に関する課程のシラバスの収集・分析により、**8-9割が現行課程で既習となると確認**、カリキュラム担当者との意見交換から実装にあたって生じうる課題を整理
- 国内外の資格制度の認証プロセスの論理構成等について文献調査を行い、行政による指定以外の多様な方法で認証ないし教育内容の担保を行いうる可能性と課題を概観

② 共通基礎課程のコンピテンシー習得に向けた教育コンテンツ等の開発・評価

③ 共通基礎課程の教育・学習支援の在り方の検討

◆令和4年度研究：「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」（研究代表者：堀真奈美）

① 複数資格の取得及び福祉・保健関係職間のタスクシェア、タスクシフトの「量」的効果、福祉人材需給に与える影響の検証

② 各種資格間の連携、タスクシフト、タスクシェアリングの地域における好事例の収集と解析

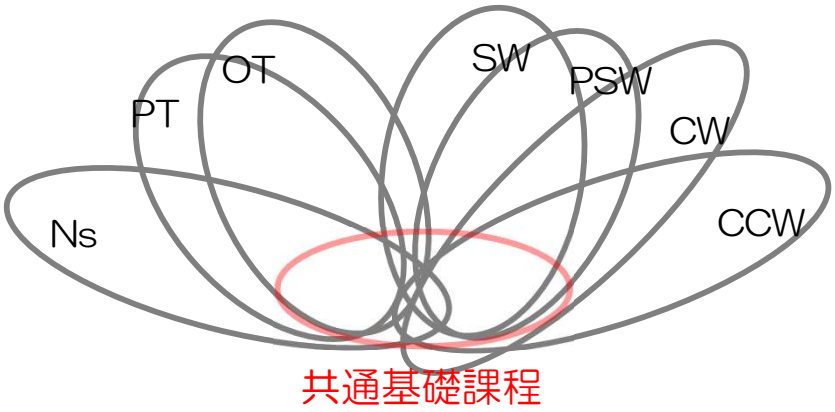
③ **共通基礎課程の実装・運用に向けた検討**（研究分担者：堀田聰子、研究協力者：大西弘高・小野太一・川越雅弘　ほか）

- 対象職種の職能団体・教育関係団体等と、社会環境と支援ニーズの変化・将来のケアと各専門職・教育のあり方等について意見交換を行い、共通基礎課程のコンピテンシー及びモデルカリキュラム、実装・運用上求められる対応を精査する。
- 実装及び運用、継続的な発展に係る政策的検討に資する文献調査を行い、示唆をまとめる。

共通基礎課程のモデルカリキュラムの検討

- **検討対象**（厚生労働省の方針）：当面は**4年制大学（手上げ）**において、**看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士**（7資格）を検討対象とする。
- **共通基礎課程のボリューム**（厚生労働省の方針）：**合計1年分程度**を想定（検討対象の資格保持者が他の資格を得る場合には課程を1年短縮できる）。
- 共通基礎課程の内容は、各職種の現状カリキュラムの共通部分を包含／各職種のカリキュラムの一部と重なり合う／どの職種でも扱っていなかった内容も一部入る。

現行カリキュラムと共通基礎課程の関係
（現行課程で8-9割は既習と考えられる）



- 以上を前提に、対人支援職種に共通して求められる**コンピテンシー試案ver.3.0**（次頁）に対して**共通基礎課程修了時の教育（学習）目標、それを達成させるための教育方略や評価手法を選定、ルーブリック試案**を作成（参考1）
  - 教育目標は、想起レベルの知識・知的技能・統合スキルの3種類に分類
  - 教育方略は、知識ー講義、知的技能ー演習、統合スキルー実習　で対応
  - 学習者評価は、主にMCQ（多肢選択式問題）、口頭試問（Viva）、ポートフォリオの3種類で対応

対人支援職種に共通して求められるコンピテンシー試案（ver.3.0）

1 専門職の自律と職業倫理	1. 当人中心性を重視した行動ができる。
	2. 問題解決に向けた情報収集ができる。
	3. 倫理や価値を考慮した臨床上・実践上の意思決定について考えることができる。
	4. 根拠に基づく実践ができる。
	5. 自らの生涯学習のニーズを見出し、行い続けることができる。
	6. 実践に対し省察・振り返りを行い、改善につなげることができる。
	7. 実践を通じて、自らの価値観を知ること（自己覚知）ができる。
	8. 自らの心身のストレスに適切に対処できる。
2 科学的思考とその展開	1. 人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスを説明できる。
	2. ICF（国際生活機能分類）の要素及びその関係性を説明できる。
	3. 空間やモノ、体験、関係性のデザインに関する多様な手法を利用できる。
	4. 生産性を高める多様なテクノロジー導入の提案ができる。
3 安全の確保と質改善	1. 安全管理の基本的な原則に基づいた行動ができる。
	2. 守秘義務を遵守して利用者の情報保護ができる。
	3. 薬剤や医療的支援による副作用および合併症について説明できる。
	4. 継続的な質改善に必要なプロセスを実践できる。
	5. インシデントやアクシデントの発生時にとるべき行動を説明できる。
	6. 災害に対する事前計画と災害時の対応について説明できる。
4 当人の理解と支援	1. 関係性を考慮した上で対話の姿勢を保ち、適切なコミュニケーションができる。
	2. 当人の主体形成を考慮した形で関わることができる。
	3. 当人の自律性や強みを重視し、関係者の多様な視点を踏まえ、対応の方向性を共に模索できる。
	4. リハビリテーション（人間復権）の視点からの関わりができる。
	5. 個人と家族、地域コミュニティ等の関係性（エコシステム）、当人の生活（家政）を理解した上で支援ができる。
	6. 言語や文化、宗教、心身・社会経済的状態、性的指向・性自認等の価値観や背景を受容できる。
	7. 人権擁護の視点に基づく支援と人権侵害への適切な行動ができる。
	8. 脆弱な個人や集団、抑圧や疎外、周縁化された個人や集団のニーズに対応できる。
	9. 相談先や依存先の確保を意識した関わりができる。
	10. 生活の質向上のためのケアマネジメントを実行できる。
	11. 生涯にわたる変化・時間軸を意識した関わりができる。
5 チーム・組織の理解と協働的実践	1. 自らの職種の専門性とその限界、他の専門職の役割を理解した協働ができる。
	2. 専門職としての影響力を意識した上で、リーダーシップを発揮できる。
	3. チームや組織の相乗効果を生むためのコミュニケーションをとることができる。
	4. 多職種で学び合うための具体的働きかけができる。
	5. 様々な領域におけるチームや組織の特性を理解できる。
	6. 様々な主体とつながり、インパクトを意識した取り組みを遂行できる。
	7. 自らとチーム内他者の心身のストレスに注意を払い、適切に対処できる。
6 地域・社会活動とソーシャルアクション	1. 地域の歴史・文化、社会経済情勢、地方行政等を俯瞰し、住民の生活について説明できる。
	2. 健康の社会的決定要因を理解し、地域・社会に働きかけることができる。
	3. 地域や社会のめざす姿を、環境や持続可能性の観点から論じることができる。
	4. 支援に必要な資源を、時に当人や住民と共に検討できる。
	5. 住民や行政、民間企業など多様な主体を含め、コミュニティの継続的循環を環境や持続可能性の観点から論じることができる。

共通基礎課程のモデルカリキュラム（案）

コンピテンス領域	履修時間（取得単位）	教育方略（時間）
Ⅰ　専門職の自律と職業倫理	135時間（６単位）	講義（45）、演習（60）、実習（30）
Ⅱ　科学的思考とその展開	135時間（８単位）	講義（105）、演習（30）
Ⅲ　安全の確保と質改善	75時間（４単位）	講義（45）、演習（15）、実習（15）
Ⅳ　当人の理解と支援	75時間（４単位）	講義（45）、演習（15）、実習（15）
Ⅴ　チーム・組織の理解と協働的実践	90時間（４単位）	講義（30）、演習（45）、実習（15）
Ⅵ　地域・社会活動とソーシャルアクション	90時間（４単位）	講義（30）、演習（30）、実習（30）
計	600時間（30単位）	

（参考1）共通基礎課程のコンピテンシー・教育目標・ルーブリック（案）

※（K）想起レベルの知識（knowledge）、（CS）知的技能（cognitive skills）、（IS）統合スキル（integrated skills）

Ⅰ．専門職の自律と職業倫理

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 当人中心性を重視した行動ができる。【応用項目】	●当人のニーズ，好み，価値について説明できる（K） ●当人からニーズ、好み、価値についての情報収集ができる（IS）		ニーズ、好み、価値について当人の問題点を考慮した上での情報収集ができている。	ニーズ、好み、価値について、当人からの形式的な情報収集ができている。	ニーズ、好み、価値について当人からの情報収集ができていない。
2. 問題解決に向けた情報収集ができる。【基本項目】	●医療・保健・福祉・介護に関連した一般的に収集すべき情報を、各専門職の役割を含めて説明できる（K） ●問題点の抽出を試み，問題点が挙げられた場合には，その問題点をさらに掘り下げるための情報収集ができる（CS）		当人からの情報収集を行い、問題点が挙げられた場合その問題点を掘り下げるための情報収集もできている。	当人から一般的に収集すべき情報を収集し、促されれば一般的な問題点を明確化することができる。	当人からの情報収集が不足している。
3. 倫理や価値を考慮した臨床上・実践上の意思決定について考えることができる。【応用項目】	●臨床倫理や価値に基づく診療の考え方の枠組みを説明できる（K） ●社会的公正/正義、当人中心性、当人の利益や福利、患者の自律性といった臨床倫理の一般的問題点を説明できる（K） ●臨床上・実践上の意思決定について、議論できる（CS）		当人の問題点に関して、倫理や価値の問題を含め、臨床や実践を行う上での意思決定について議論できる。	当人の問題点に関して、倫理や価値の問題点を挙げることができる。	当人の問題点に関して倫理や価値の問題点を挙げることができない。
4. 根拠に基づく実践ができる。【基本項目】	●意思決定に必要な根拠とは何かを説明できる（K） ●根拠に基づく実践の手順を説明できる（K） ●臨床的な問題の定式化、文献的根拠の検索、根拠に沿った推奨案を提示といった手順をやってみせることができる（CS）		問題の定式化、文献的根拠の検索の結果を示し、根拠に沿った推奨案を提示することができる。	問題の定式化、文献的根拠の検索の結果を示すことができる。	問題の定式化、文献的根拠の検索の結果を示すことができない。
5. 自らの生涯学習のニーズを見出し、行い続けることができる。【統合項目】	●教室や実習中などの学びの場で，将来に向けて学ぶべき内容を見出し，吟味することができる（CS） ●学ぶべき内容を学べたかどうかを自己評価、振り返りし，改善し続けることができる（CS）		学習中の様々な点で将来に向けて学ぶべき内容を示し、学べたかどうか後に振り返ることができる。	学習中の様々な点で将来に向けて学ぶべき内容を示すことができる。	学習中の様々な点で将来に向けて学ぶべき内容を示すことができない。
6. 実践に対し省察・振り	●省察的実践の概念、方法について説明できる（K）		実習や演習でできたこと、	実習や演習でできたこと、	実習や演習でできたこと、

返りを行い、改善につなげることができる。【基本項目】	●実習などの実践的学習において，自分が何をしたか，うまくいったか否かを言語化し，同僚や指導者に伝えることができる（CS） ●うまくいったか否かについて，どうあるべきかを説いた概念枠組みを探し，その枠組みに沿って改善案を述べることができる（CS）		できなかったことを言語化し、できなかったことはその背景にある概念的枠組みの改善点を示すことができる。	できなかったことを言語化し、同僚や指導者に伝えることができる。	できなかったことを言語化し、同僚や指導者に伝えることができない。
7. 実践を通じて、自らの価値観を知ること（自己覚知）ができる。【統合項目】	●価値に基づく実践の概念、方法について説明できる（K） ●実践的学習において，自らの価値の偏り，先入観に気づき，それを言語化し，同僚や指導者と議論することができる（CS）		自らの価値の偏りや先入観を言語化し、あるべき姿について文献的な考察をした上で、同僚や指導者と議論することができる。	自らの価値の偏りや先入観を言語化し、同僚や指導者と議論することができる。	自らの価値の偏りや先入観を言語化し、同僚や指導者と議論することができない。
8. 自らの心身のストレスに適切に対処できる。【基本項目】	●医療・保健・福祉・介護専門職のうつ病，燃え尽きなどの率を説明できる（K） ●専門職のやり甲斐に反して生じる面があるうつ病，燃え尽きの予防法を提案できる（CS）		実習や演習で感じたやり甲斐とストレスを言語化し、文献的な知見も含めて、適切な対処法を示すことができる。	実習や演習で感じたやり甲斐とストレスを言語化し、同僚や指導者に伝えることができる。	実習や演習で感じたやり甲斐とストレスを言語化し、同僚や指導者に伝えることができない。

Ⅱ．科学的思考とその展開

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスを説明できる。【基本項目】	●ライフサイクル：妊娠と出産，小児の発達，加齢と老化を説明できる（K） ●疾病：ライフサイクルの各時点で生じやすい一般的な疾患・傷害について概要を説明できる（K） ●解剖生理・病理：一般的な疾患・傷害に関連した解剖生理・病理について説明できる ●細胞と組織の働き：人体が細胞や組織の集合体であり，それ自体が維持機能を持っていることを説明できる（K） ●遺伝と生物学的性差：遺伝のメカニズムや一般的遺伝性疾患，性別の決定や生理的相違点を説明できる（K）		人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスに関して知識を統合してケアに活かすことができる。	人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスに関して最低限の知識を示すことができる。	人体の構造と機能、疾病の成り立ちや回復のプロセスに関して最低限の知識を示すことができない。
2. ICF（国際生活機能分類）の要素及びその関係性を説明できる。【基本項目】	●ICF を構成する心身機能・構造，活動，参加，環境因子，個人因子の意味を知り，どう影響しあっているかを説明できる（K） ●患者・利用者の事例を ICF に当てはめて課題を検討できる（CS）		ICF の各項目に当人の情報を当てはめ、課題を検討することができる。	ICF の各項目に当人の情報を当てはめることができる。	ICF の各項目に当人の情報を当てはめることができない。
3. 空間やモノ、体験、関係性のデザインに関する多様な手法を利用できる。【統合項目】	●住環境や建築、ユニバーサルデザインと人の生活について説明できる（K） ●住宅改造の事例を列挙できる（K） ●人が心地よいと感じられる住環境や建築，ユニバーサルデザインを提案できる（CS）		住環境や建築、ユニバーサルデザインと人の生活について改善の方向性を示すことができる。	住環境や建築、ユニバーサルデザインと人の生活について説明できる。	住環境や建築、ユニバーサルデザインと人の生活について説明できない。
4. 生産性を高める多様なテクノロジー導入の提案ができる。【統合項目】	●コンピュータ，スマートフォン，テレビなどのデバイス，インターネット，電子メール，SNS といった情報伝達方法の特徴と意義を説明できる（K） ●医療・介護に必要な用具や設備について説明できる（K） ●情報コミュニケーション技術や医療・介護に必要な用具・設備による生活改善を提案できる（CS）		情報コミュニケーションやヘルスケアに関する技術を個別事例にどう用いるべきかを提案できる。	情報コミュニケーションやヘルスケアに関する技術とケアの関係について説明できる。	情報コミュニケーションやヘルスケアに関する技術とケアの関係について説明できない。

Ⅲ．安全の確保と質改善

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 安全管理の基本的な原則に基づいた行動ができる。【基本項目】	●安全管理，リスクマネジメント，事故予防などの具体策を説明できる（K） ●万一の事態にどのような対応が必要かを分析し、計画できる（CS）		安全管理に関して，万一の事態にどう対応すべきかについて具体的な計画を立てることができる。	安全管理に関して，万一の事態にどう対応すべきかを説明できる。	安全管理に関して，万一の事態にどう対応すべきかを説明できない。
2. 守秘義務を遵守して利用者の情報保護ができる。【基本項目】	●守秘義務，個人情報保護の概念を説明できる（K） ●利用者・患者・当人の情報を扱う際の注意点を理解した上で実施できる（CS）		当人の情報を扱う際に特に注意が必要な事例にも適切に対処できる。	当人の情報を扱う際の注意点を理解した上で、利活用できる。	当人の情報を扱う際の注意点を理解した上で、利活用できない。
3. 薬剤や医療的支援による副作用および合併症について説明できる。【基本項目】	●それぞれの薬剤，医療や介護による支援に対する利点と欠点を調べ，説明できる（K）		ヘルスケア側からの介入がもたらし得る利点、欠点を個別事例に対して説明できる。	ヘルスケア側からの介入がもたらし得る利点、欠点を説明できる。	ヘルスケア側からの介入がもたらし得る利点、欠点を説明できない。
4. 継続的な質改善に必要なプロセスを実践できる。【統合項目】	●自分が携わっている業務現場において，指導者の下で質改善プロジェクトを実施し，結果をまとめる（IS）		現場において何らかの質改善のプロジェクトを監督下で計画・実施できる。	質改善の一般的プロセスやその意義について説明できる。	質改善の一般的プロセスやその意義について説明できない。
5. インシデントやアクシデントの発生時にとるべき行動を説明できる。【基本項目】	●インシデント，アクシデントの意味，実例，対応法を説明できる（K）		※Ⅲ-1 の評価に含まれる	※Ⅲ-1 の評価に含まれる	※Ⅲ-1 の評価に含まれる
6. 災害に対する事前計画と災害時の対応について説明できる。【基本項目】	●事前計画，事業継続計画について意味，意義が説明できる（K） ●事前計画，事業継続計画を提案できる（CS）		事前計画、事業継続計画を実習した現場に対して提案できる。	事前計画、事業継続計画についてその意味や意義が説明できる。	事前計画、事業継続計画についてその意味や意義が説明できない。

Ⅳ．当人の理解と支援

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 関係性を考慮した上で対話の姿勢を保ち、適切なコミュニケーションができる。【応用項目】	●言語・非言語を用いたコミュニケーションについて説明できる（K） ●当人と専門職の関係性の一般的類型が説明できる（K） ●やり取りしにくい相手、話題について列挙することができる（K） ●様々な状況にある人と適切にコミュニケートできる（IS）		学内だけでなく、様々な状況にある人とのコミュニケーションが適切にできる。	学生や模擬患者とのロールプレイにおいて適切なコミュニケーション技法を示すことができる。	学生や模擬患者とのロールプレイにおいて適切なコミュニケーション技法を示すことができない。
2. 当人の主体形成を考慮した形で関わることができる。【応用項目】	●当人の自律性、主体形成について説明できる（K） ●当人の自律性，主体形成を考慮した上で，コミュニケートできる（IS）		当人の主体形成に配慮した上で、実際のやり取りを示すことができる。	当人の主体形成を考慮したコミュニケーション技法を示すことができる。	当人の主体形成を考慮したコミュニケーション技法を示すことができない。
3. 当人の自律性や強みを重視し、関係者の多様な視点を踏まえ、対応の方向性を共に模索できる。【統合項目】	●当人の自律性や強みを重視した支援について説明できる（K） ●当人と家族・ケア者との関係，当人の主体性を考慮した上で，情報収集，問題点の整理ができる（IS）		問題を抱えた当人や家族から、自律性を持った希望や強みを見出し、対応の方向性を示すことができる。	問題を抱えた当人や家族から、自律性を持った希望や強みを見出すことができる。	問題を抱えた当人や家族から、自律性を持った希望や強みを見出すことができない。
4. リハビリテーション（人間復権）の視点からの関わりができる。【応用項目】	●リハビリテーション（ハビリテーション含む）の定義や意義、考え方を説明できる（K） ●当人の事例を ICF に当てはめて課題を検討できる（CS）		当人の人生や生活の変革を踏まえて情報収集を進め、検討することができる。	当人の人生や生活の変革を踏まえて情報収集を進めることができる。	当人の人生や生活の変革を踏まえて情報収集を進めることができない。
5. 個人と家族、地域コミュニティ等の関係性（エコシステム）、当人の生活（家政）を理解した上で支援ができる。【統合項目】	●当人の生活と衣食住，家族，家計等の関係を説明できる（K） ●当人を取り巻くエコシステムを図示し、生活改善を提案できる（CS）		当人の生活と衣食住、家族、家計等のアセスメントを行い、エコシステムを考慮し、生活改善ができる。	当人の生活と衣食住、家族、家計等のアセスメントができる。	当人の生活と衣食住、家族、家計等のアセスメントができない。
6. 言語や文化、宗教、心身・社会経済的状態、性的指向・性自認等の価値観や背景を受容できる。【統合項目】	●国籍や地域，言語や文化，宗教，社会経済的状態，性的指向・性自認の問題がある人が受けている差別的待遇を説明できる（K） ●これらの人々に対する自らの認識を言語化できる（CS）		多様な価値観や背景を持つ人々に対する自らの認識を言語化し、概念枠組みに照らして改善を図ることができる。	多様な価値観や背景を持つ人々に対する自らの認識を言語化し、同僚や指導者に伝えることができる。	多様な価値観や背景を持つ人々に対する自らの認識を言語化し、同僚や指導者に伝えることができない。

7. 人権擁護の視点に基づく支援と人権侵害への適切な行動ができる。【応用項目】	●人権擁護に関する歴史や法規・指針等について説明できる（K） ●人権基盤型アプローチについて説明できる（K） ●権利保有者，責務履行者の権利や責務を分析し，介入を提案できる（CS）		人権基盤型アプローチを用いた権利保有者への介入について関係者と協議できる。	人権基盤型アプローチを用いた権利保有者への介入について計画できる。	人権基盤型アプローチを用いた権利保有者への介入について計画できない。
8. 脆弱な個人や集団、抑圧や疎外、周縁化された個人や集団のニーズに対応できる。【統合項目】	●脆弱な個人や集団，抑圧や阻害，周縁化された個人や集団について（Ⅳ-6 に含まれない女性や子どもの差別など）説明できる（K） ●これらの人から直接話を聞き，ニーズを明らかにすることができる（IS）		脆弱な個人や集団、抑圧や疎外、周縁化された個人や集団に対し、ニーズを明らかにし、対応について関係者と協議できる。	脆弱な個人や集団、抑圧や疎外、周縁化された個人や集団に対し、ニーズを明らかにすることができる。	脆弱な個人や集団、抑圧や疎外、周縁化された個人や集団に対し、ニーズを明らかにすることができない。
9. 相談先や依存先の確保を意識した関わりができる。【統合項目】	●当人の問題点について，地域の文脈で相談先や依存先を列挙できる（K）		当人の問題点に関する相談先や依存先を列挙し、チーム構成を提案できる。	当人の問題点に関する相談先や依存先を列挙できる。	当人の問題点に関する相談先や依存先を列挙できない。
10. 生活の質向上のためのケアマネジメントを実行できる。【統合項目】	●ケアマネジメントのプロセスと生活の質について説明できる（K） ●ケアマネジメントについて，インテーク，アセスメント，プランニングを提案できる（CS）		当人に対するケアマネジメントについての過程を提案し、一部実施できる。	当人に対するケアマネジメントについての過程を計画できる。	当人に対するケアマネジメントについての過程を計画できない。
11. 生涯にわたる変化・時間軸を意識した関わりができる。【応用項目】	●当人のライフイベントを列挙し，その意味を説明できる（K） ●当人や家族のライフイベントを考慮したアセスメントやケアを提案できる（CS）		当人や家族のライフイベントについてアセスメントし，ケアの計画を立てることができる。	当人や家族のライフイベントについてアセスメントし，課題を挙げることができる。	当人や家族のライフイベントについてアセスメントし，課題を挙げることができない。

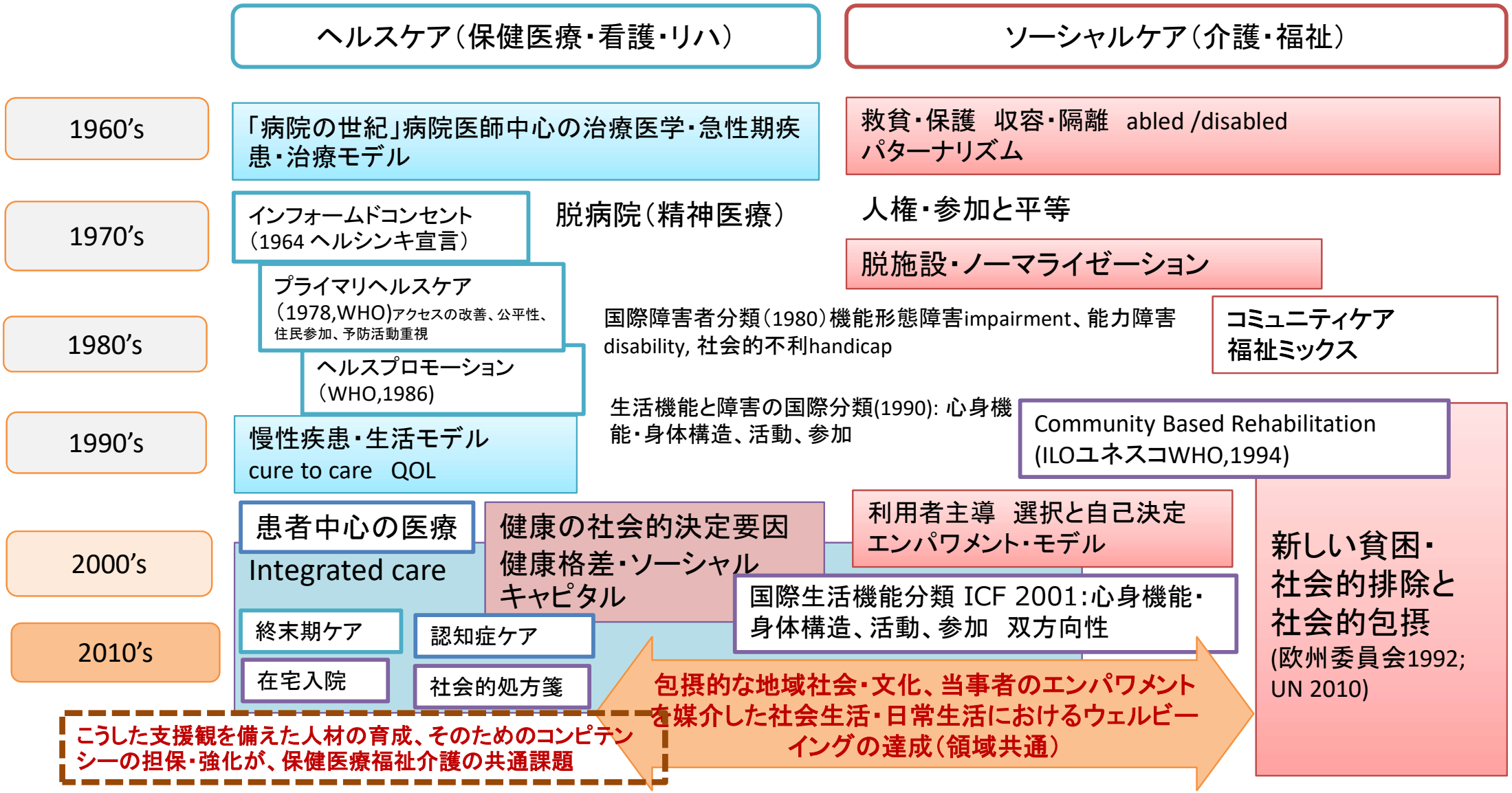
Ⅴ．チーム・組織の理解と協働的実践

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 自らの職種の専門性とその限界、他の専門職の役割を理解した協働ができる。【統合項目】	●医療・福祉・介護領域の各専門職の業務範囲，主要概念，強みや弱みを説明できる（K） ●多職種協働の意義、場による特徴について説明できる（K） ●他の専門職との間に生じる差別意識について振り返り，記述することができる（CS）		多職種協働場面において、自らの職種がどのように協働すべきかを示すことができる。	多職種協働場面において、医療・福祉・介護領域の各専門職の業務範囲、強みや弱みを説明できる。	多職種協働場面において、医療・福祉・介護領域の各専門職の業務範囲、強みや弱みを説明できない。
2. 専門職としての影響力を意識した上で、リーダーシップを発揮できる。【応用項目】	●リーダーシップ理論や集団力学の考え方を用いて臨床現場における実例を説明できる（K） ●チーム内で自らの専門性を発揮することができる（CS）		多職種の学生チームにおいてリーダーシップを発揮することができる。	リーダーシップの理論と、それを現場で応用した例について説明することができる。	リーダーシップの理論と、それを現場で応用した例について説明することができない。
3. チームや組織の相乗効果を生むためのコミュニケーションをとることができる。【応用項目】	●職種を跨ぐコミュニケーションにおける利益，問題点を挙げることができる（K） ●職種を跨ぐコミュニケーションを実際に行い，振り返ることができる（IS）		多職種の学生チームにおいて職種を跨ぐやり取りをし、その中に生じた利益や問題点を振り返ることができる。	職種を跨ぐコミュニケーションに生じる利益や問題点を挙げることができる。	職種を跨ぐコミュニケーションに生じる利益や問題点を挙げることができない。
4. 多職種で学び合うための具体的働きかけができる。【統合項目】	●多職種連携のプロセス，協働の意義について説明できる（K） ●多職種学生により事例について話し合い、振り返ることができる（CS）		多職種の学生チームにおいて事例に関して討論し、その内容を省察できる。	多職種連携のプロセスや協働の意義とは何かを説明できる。	多職種連携のプロセスや協働の意義とは何かを説明できない。
5. 様々な領域におけるチームや組織の特性を理解できる。【基本項目】	●多職種チームの類型とその実践例を挙げることができる（K）		現場の多職種協働場面を見て、どの類型に該当するかを評価できる。	多職種チームの類型とその例を挙げることができる。	多職種チームの類型とその例を挙げることができない。
6. 様々な主体とつながり、インパクトを意識した取り組みを遂行できる。【統合項目】	●コレクティブインパクトの概念について説明できる（K） ●コレクティブインパクトの５つのアジェンダを確認し，具体的に推進するための手順を提案できる（CS）		コレクティブインパクトのアジェンダを確認し、具体的に推進手順を提案できる。	コレクティブインパクトの概念について説明できる。	コレクティブインパクトの概念について説明できる。
7. 自らとチーム内他者の心身のストレスに注意を払い、適切に対処できる。【応用項目】	●医療・福祉・介護専門職のうつ病，燃え尽きなどの率を説明できる（K） ●うつ病，燃え尽きの予防法を実践できる（CS）		現場での多職種協働場面において、うつ病、燃え尽きを予防するための方策を提案できる。	Ⅰ-8 と共有	Ⅰ-8 と共有

Ⅵ. 地域・社会活動とソーシャルアクション

コンピテンシー3.0 項目	教育目標		ルーブリック		
			合格	合否ライン	未到達
1. 地域の歴史・文化、社会経済情勢、地方行政等を俯瞰し、住民の生活について説明できる。【基本項目】	●活動する地域の地域の歴史・文化、社会経済情勢、地方行政について説明できる（K） ●地域背景が住民の生活にどう影響しているのかを議論できる（CS）		活動する地域の背景が住民の生活にどう影響しているのかを議論できる。	活動する地域の歴史・文化、社会経済情勢、地方行政について説明できる。	活動する地域の歴史・文化、社会経済情勢、地方行政について説明できない。
2. 健康の社会的決定要因を理解し、地域・社会に働きかけることができる。【統合項目】	●健康の社会的決定要因(SDH)の概念について説明できる（K） ●活動する地域の市区町村における改善の取り組みを議論できる（CS）		活動する地域における健康の社会的決定要因(SDH)改善の取り組みを議論できる。	活動する地域における健康の社会的決定要因(SDH)の概念について説明できる。	活動する地域における健康の社会的決定要因(SDH)の概念について説明できない。
3. 地域や社会のめざす姿を、環境や持続可能性の観点から論じることができる。【基本項目】	●持続可能な開発目標(SDGs)，地域共生社会、生物多様性について説明できる（K） ●これらの概念が、自ら活動する地域でどう展開されるべきかを議論できる（CS）		持続可能な開発目標(SDGs)，地域共生社会、生物多様性が、自ら活動する地域でどう展開されるべきかを議論できる。	持続可能な開発目標(SDGs)，地域共生社会、生物多様性について説明できる。	持続可能な開発目標(SDGs)，地域共生社会、生物多様性について説明できない。
4. 支援に必要な資源を、時に当人や住民と共に検討できる。【統合項目】	●インフォーマルサービス，ソーシャルキャピタルの概念について説明できる（K） ● 活動する地域において，自治会，ボランティア，NPO 等の関係者と話し，地域がどうあるべきかを検討できる（IS）		活動する地域において，自治会，ボランティア，NPO等の関係者と話し，地域がどうあるべきかを検討できる。	インフォーマルサービス，ソーシャルキャピタルの概念について説明できる。	インフォーマルサービス，ソーシャルキャピタルの概念について説明できない。
5. 住民や行政、民間企業など多様な主体を含め、コミュニティの継続的循環を環境や持続可能性の観点から論じることができる。【統合項目】	●活動する地域の経済状況、環境、政策について説明できる（K） ●活動する地域において，経済，政策，環境等の持続可能性を議論できる（CS）		活動する地域において，経済，政策，環境等の持続可能性を議論できる。	活動する地域の経済状況、環境、政策について説明できる。	活動する地域の経済状況、環境、政策について説明できない。

（参考2）ヘルスケア・ソーシャルケアにおける支援観のパラダイム



（出所）森川美絵「保健医療（ヘルスケア）及び福祉介護（ソーシャルケア）における支援観の国際的動向」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））　「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究（研究代表者　堀田聰子）」平成30年度報告

（資料）共通基礎課程のコンピテンシー試案及びモデルカリキュラム案の検討に参加／協力・助言くださった方々（平成29年度~令和2年度）（敬称略・所属肩書は当時）

氏名	所属	肩書	備考
堀田　聰子	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科	教授	研究代表者
大西　弘高	東京大学医学系研究科付属医学教育国際研究センター	講師	研究分担者
川越　雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科	教授	研究分担者
森川　美絵	津田塾大学総合政策学部	教授	研究分担者
平野　隆之	日本福祉大学社会福祉学研究科	教授	研究分担者（令和元年度～）
金井　一薫	徳島文理大学大学院看護学研究科	教授	研究分担者（令和元年度～）
山城　清二	富山大学附属病院総合診療部	教授	研究分担者（令和元年度～）
田口　孝行	埼玉県立大学保健医療福祉学部	教授	研究分担者（令和2年度～）
柴﨑　智美	埼玉医科大学医学部	准教授	研究分担者（令和2年度～）
小野　太一	政策研究大学院大学政策研究科	教授	研究分担者（令和2年度～）
石原　美和	宮城大学看護学研究科（当時）	教授	研究分担者（平成29年度）
篠田　道子	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科	教授	研究分担者（平成29年度）
筧　裕介	NPO法人イシュープラスデザイン	代表理事	研究協力者
古城　亜耶美	社会福祉法人ゆうゆう		研究協力者
坂本　文武	一般社団法人Medical Studio	代表理事	研究協力者
佐藤　理恵	慶應義塾大学	研究員	研究協力者
高波　千代子	慶應義塾大学	研究員	研究協力者
松井　翔惟	医療法人稲生会		研究協力者
吉田　真季	埼玉県立大学研究開発センター	研究員	研究協力者
白山　靖彦	徳島大学大学院医歯薬学研究部地域医療福祉学分野	教授	研究協力者（平成30年度）平成29年度研究フィールド討議等参加者
柳沢　志津子	徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健福祉学分野	講師	研究協力者（平成30年度）
炭谷　靖子	富山福祉短期大学　看護学科	学長	研究協力者（平成30年度）
竹ノ山　圭二郎	富山福祉短期大学　社会福祉学科　社会福祉専攻	図書館長・教授	研究協力者（平成30年度）
八塚　美樹	富山大学医学部看護学科	教授	研究協力者（平成30年度）
渡辺　美保子	ポラリス保健看護学院	副学院長	研究協力者（平成30年度）平成29年度研究フィールド討議等参加者
丸山　優	埼玉県立大学看護学科/大学院研究科	准教授	研究協力者（平成30年度）
酒井　郁子	千葉大学大学院看護学研究科	教授	令和2年度研究看護ヒアリング
山田　雅子	聖路加国際大学大学院看護学研究科	教授	令和2年度研究看護ヒアリング
山本　則子	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻	教授	令和2年度研究看護ヒアリング
赤坂　清和	埼玉医科大学理学療法学科	教授	令和2年度研究PTOTヒアリング
望月　久	文京学院大学理学療法学科	教授	令和2年度研究PTOTヒアリング
岡持　利亘	霞が関南病院	地域リハビリテーション推進部長	令和2年度研究PTOTヒアリング
小林　幸治	目白大学作業療法学科	准教授	令和2年度研究PTOTヒアリング
臼倉　京子	埼玉県立大学作業療法学科	准教授	令和2年度研究PTOTヒアリング
茂木　有希子	株式会社ハート＆アート	代表取締役	令和2年度研究PTOTヒアリング
佐山　理絵	帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科	准教授	令和2年度研究モデルコアカリキュラムヒアリング
藤井　博之	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科	教授	令和2年度研究オンライン教材ヒアリング
安部　博	一般社団法人未来かなえ機構		平成29年度研究フィールド討議等参加者
今野　隆子	一般社団法人未来かなえ機構		平成29年度研究フィールド討議等参加者
滝田　有	滝田医院	院長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
吉田　重之	吉田歯科医院	副院長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
柴垣　維乃	名張市福祉子ども部健康・子育て支援室	成人保健係長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
西嶌　知子	名張市福祉子ども部理事兼健康・子育て支援室	室長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
山﨑　美穂	名張市地域包括支援センター総合支援担当室	室長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
石井　浩子	川越市地域包括支援センター連雀町	センター長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
伊東　雅子	埼玉県歯科衛生士会 川越支部		平成29年度研究フィールド討議等参加者
猪鼻　紗都子	川越市地域包括支援センターかすみ	主任介護支援専門員	平成29年度研究フィールド討議等参加者

入江　さゆり	NPO法人 小江戸川越ケアマネジャー協会	理事長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
内田　英治	通所介護・施設	施設長（管理者）	平成29年度研究フィールド討議等参加者
大塚　一彦	川越市歯科医師会		平成29年度研究フィールド討議等参加者
大森　智裕	川越リハビリテーション病院 リハビリテーション部	課長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
岡　義広	西武川越病院リハビリテーション科	主任	平成29年度研究フィールド討議等参加者
岡持　利亘	埼玉県地域リハビリテーション・ケア サポートセンター(霞ヶ関南病院)	センター長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
得丸　幸夫	一般社団法人 川越市医師会	理事	平成29年度研究フィールド討議等参加者
橋本　哲孝	川越市歯科医師会	副会長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
原島　清	川越市地域包括支援センターたかしな	センター長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
森田　敬介	医療法人瑞穂会 介護老人保健施設瑞穂の里 リハビリテーション課	主任	平成29年度研究フィールド討議等参加者
柳沢　真理子	川越市医師会訪問看護ステーション	管理者	平成29年度研究フィールド討議等参加者
吉田　弘	川越市薬剤師会	副会長	平成29年度研究フィールド討議等参加者
石井　義恭	厚生労働省 老健局 総務課	課長補佐	平成29年度研究集中討議参加者
磯野　祐子	一般社団法人コ・クリエーション 地域まるごとケアステーション川崎	代表理事	平成29年度研究集中討議参加者
大原　裕介	社会福祉法人ゆうゆう	理事長	平成29年度研究集中討議参加者
土畠　智幸	医療法人稲生会	理事長	平成29年度研究集中討議参加者
藤沼　康樹	医療福祉生協連家庭医療学開発センター		平成29年度研究集中討議参加者
枡谷　礼路	一般社団法人Collective for Children	理事	平成29年度研究集中討議参加者
松尾　洋	株式会社くまもと健康支援研究所		平成29年度研究集中討議参加者
吉江　悟	一般社団法人Neighborhood Care	代表理事	平成29年度研究集中討議参加者
市原　美穂	認定NPO法人ホームホスピス宮崎	理事長	平成29年度研究書面調査協力者
井部　俊子	株式会社 井部看護管理研究所		平成29年度研究書面調査協力者
大島　伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	名誉総長	平成29年度研究書面調査協力者
太田　秀樹	医療法人アスムス	理事長	平成29年度研究書面調査協力者
奥村　圭子	杉浦医院/地域ケアステーションはらぺこスパイス	室長	平成29年度研究書面調査協力者
澤登　久雄	牧田総合病院 地域ささえあいセンター	センター長	平成29年度研究書面調査協力者
白澤　政和	桜美林大学大学院老年学研究科		平成29年度研究書面調査協力者
武田　裕子	順天堂大学医学部医学教育研究室		平成29年度研究書面調査協力者
中島　鈴美	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック		平成29年度研究書面調査協力者
中野　智紀	社会医療法人JMA東埼玉総合病院　在宅医療連携拠点菜のはな	室長	平成29年度研究書面調査協力者
長谷川　幹	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック		平成29年度研究書面調査協力者
紅谷　浩之	オレンジホームケアクリニック		平成29年度研究書面調査協力者
町田　剛	薬樹株式会社	取締役	平成29年度研究書面調査協力者
山岸　暁美	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室		平成29年度研究書面調査協力者
山田　尋志	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋	理事長	平成29年度研究書面調査協力者
山本　武志	札幌医科大学保健医療学部看護学科	准教授	平成29年度研究書面調査協力者
遠藤　一博	埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会	委員	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
前川　哲雄	埼玉県栄養士会	副会長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
伊藤　　衛	埼玉県介護支援専門員協会	理事長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
各務　初恵	埼玉県看護協会	常務理事	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
成田　有里	埼玉県公認心理師協会	副会長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
花村　温子	埼玉県公認心理師協会	理事・事務局長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
小宮山　和正	埼玉県歯科医師会	地域保健担当　理事	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
田中　　入	埼玉県歯科医師会	地域保健部　常任部員	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
福嶋　克巳	埼玉県社会福祉士会	副会長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
関谷　陽子	埼玉県薬剤師会地域医療推進委員会	副委員長	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者
武笠　真由美	埼玉県薬剤師会社会保険委員会	委員	埼玉県における「連携力の高い人材育成」を目指した職能団体と4大学意見交換会出席者

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告

諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査

分担研究者　堀田　聰子（慶應義塾大学　大学院健康マネジメント研究科・教授）
研究協力者　石黒　暢（大阪大学　人文学研究科　外国学専攻・教授）
小野　太一（政策研究大学院大学・教授）
大西　弘高（東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター・講師）
木下　秀雄（大阪市立大学・名誉教授）
坂本　文武（社会構想大学院大学　実務教育研究科・教授）
銭本　隆行（日本医療大学　総合福祉学部　ソーシャルワーク学科・講師）
林　千冬（神戸市看護大学　基盤看護学領域　看護管理学分野・教授）
高波　千代子（慶應義塾大学・研究員）

1. 研究目的

共通基礎課程に関連する研究班において、これまで対人支援専門職の基礎教育の一部共通化がはかられている国々（フィンランド・デンマーク・オランダ・ドイツ・フランス・イタリア等）について検討を加えてきた。 今年度はこれらのうちの一部（フィンランド・デンマーク・オランダ・ドイツ）に加え、イギリス、北米、さらに基礎教育の一部共通化ははかられていない対人支援専門職教育に関する継続的な発展の枠組みがない国についても適宜検討対象とし、

（1） 社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化の把握
（2） その対人支援専門職教育の在り方への反映
（3） これに対応した教育内容（コンピテンシー・カリキュラム）・教材・教授法の進化
（4） 対人支援専門職教育の継続的な発展と質の担保を支える体制
（5） その他、焦点を当てる視点を検討

以上の視点から各国の現状を概観し、得られた情報及び我が国の共通基礎課程の実装及び対人支援専門職の教育にかかわる示唆をとりまとめることを目的とした。

2. 研究方法

研究対象国（フィンランド・デンマーク・オランダ・ドイツ・イギリス・北米アジア）の研究に携わる関係者を招聘し、研究会をオンラインで計 4 回実施した（4 回目は 2 日に分けて実施）。実施日、対象国、委員及びオブザーバーは以下の通り。

（1）メンバー

石黒暢（デンマーク）、大西弘高（韓国）、小野太一（フィンランド）、木下秀雄（ドイツ）、銭本隆行（デンマーク）、林千冬（イングランド）、高波千代子（EU）、堀田聰子（オランダ）、坂本文武（オブザーバー）

(2)開催日

第 1 回目　:2022 年 9 月 8 日(木)20:00-22:00(研究準備会合)

第 2 回目　:2022 年 9 月 28 日(水)15:00-17:00(フィンランド・オランダ・北米アジア)

第 3 回目　:2022 年 10 月 17 日(月)20:00-22:00(ドイツ・デンマーク)

第 4 回目①:2022 年 11 月 4 日(金)10:00-11:00(デンマーク)

第 4 回目②:2022 年 11 月 30 日(水)17:00-18:00(イギリス)

第 5 回目　:2023 年 1 月 19 日(水)16:00-18:00(デンマーク・北米アジア)

第 6 回目　:2023 年 2 月 22 日(水)16:00-19:00(ドイツ・オランダ・イギリス・フィンランド・EU)

3. 研究結果

(1) 社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化の把握

① 社会環境と支援ニーズの変化の把握・ケア資源の将来計画への反映

- 経済調査センター(The Government Institute for Economic Research, VATT)の実施する MITENNA モデルに基づき、保健医療福祉サービス分野の人材に関する量的予測が実施されている。労働力需要の変化及び定年退職等を含む労働力の減少、新たな労働力への需要を職業別に割り出し、分野、教育レベル毎の必要学生数と必要な教育提供数を予測するものであり、直近(2020 年)では、保健医療サービス領域においてサービス構造の改革、職種間の役割分担、デジタル化等により一定の活動に関して顕著な生産性の向上が見込まれている(フィンランド)。
- 国家教育審議会 (Finnish National Board of Education, FNBE)による将来予測に基づいて保健医療福祉サービス分野の人材の質的予測を行い、向こう 15 年間の高齢者向けサービス分野の変化について 4 つのシナリオを設定し、シナリオの「幅」の範囲内で求められる職業能力とスキルにかかるニーズを予測している(フィンランド)。
- 国レベルの分析はもとよりモデル地区として選定されたインキュベーション地域を基盤としたモニタリング・評価、ナレッジシェアリングを行っている。具体的には、利用者/事業者/保険者/教育機関/自治体(市・州)間の対話に基づいて将来(2030 年)のケア予測を行い、ケアマップを作成したうえでベストプラクティスを分析・共有し、さらなるアクションにつなげている(オランダ)。
- ケア専門職と教育におけるイノベーション委員会に対して基礎的な概念を提供した「ポジティヴヘルス」は現在約半数の自治体のヘルスケアないし福祉計画に取り入れられている。また、患者から見たケアの質ないし専門職の働きがいの向上、セカンダリケアへの紹介率・薬剤処方率の低下といった傾向も見られている(オランダ)。
- 英国 Center for Workforce Intelligence(CfWI)は EU の機関と共に、将来の EU の医療従事者が必要とするスキルと能力に影響を与え得る要因を特定するために健康と社会保障制度に対する助言と情報を提供している。そこでは、人口と社会保障サービス、医療従事者の変数要因に着目しながら労働力システムに関連する変数にも注目している(EU)。
- 定性的アプローチのみならず各国固有の文脈に基づいた定量的アプローチを組み合わせることにより政策レベルの適切な意思決定に効果的に情報を提供できる(EU)。

② 将来のケアと各専門職・教育のあり方の関連性

- 将来必要となる能力やメガトレンドを教育関係者がフォローするために実施される国家教育委員会による予測に基づき、後期中等職業訓練教育、専門大学、大学教育ごとに改革の方向性がまとめられている（フィンランド）。
- 保健福祉スポーツ省と教育文化科学省が推進する「ケアパクト」では、医療・介護福祉事業者/教育機関/地方自治体の三者による革新的パートナーシップに基づく地域の協働を促進している。教育機関も構成員として参画するこの「ケアパクト」において得られた示唆を教育に反映できる余地がある（オランダ）。
- 出生率が顕著に減少し高齢化が急速に進行するなか、看護師数がケアの充実を左右するという議論を背景に看護師の養成が急ピッチで進められている（韓国）。

③ 実装・運用を行う上で求められる対応及び基盤整備

- ラヒホイタヤ創設に関する関係者間の合意形成プロセスは、まずサービス提供及び教育の両面において安定的な供給責任を有する主体（地方自治体）が新たな資格職の必要性を提唱したこと、また職能団体や保健医療福祉セクターの視点のみならず国全体の経済/社会構造を見通した将来の在り方を示したことに特徴づけられる（フィンランド）。
- 新たな資格職（ラヒホイタヤ）の創設に際して当初反対の意向を示していた関連職能団体については、制度設計の議論に巻き込み、それらの意見をも十分取り入れた上で合意形成を行った（フィンランド）。
- 市民組織（コムーネ連合/レギオーン連合/介護労働者組合(FOA)/高齢者問題全国連盟/高齢住民委員会等）を基盤として当該施策に関わる利用者の代表がそれぞれの立場から熟議を重ねて合意を形成していく「結社・熟議民主主義モデル」が、導入に困難を伴いがちな新たな施策（たとえばウェルフェアテクノロジー、WT）の実装可能性を高めている（デンマーク）。
- 国、自治体、企業、職能団体、高齢者組織、職業教育ナレッジセンターなど幅広い組織により構成されるプラットフォーム「CareNet」が WT に関する情報交換、セミナーの開催、調査、発信等を行うことで関係者を有機的に結び付けている（デンマーク）。

(2) 対人支援専門職教育の在り方への反映

① 教育課程の変革

- 1993 年、高齢者数の増加や労働人口の減少といった社会的変化を背景に、需要に応じた保健医療福祉分野における自治体職員の柔軟な職務異動可能性と高い専門性が求められるようになり、保健医療分野と福祉（社会サービス）分野の 10 資格（基礎看護師、精神障害領域助手、歯科領域助手、小児領域助手、リハビリ領域助手、足ケア士、救急領域助手、知的障害領域ケアワーカー、ホームヘルパー、保育助手）を統合したラヒホイタヤが創設された（フィンランド）。
- 2008 年、核家族化の進行や女性の社会進出に伴い家族による老親介護の維持が困難となり、介護の社会化が唱えられるなかで「老人長期療養保険制度」が施行された。それとともに制度化された療養保護士（養成課程 240 時間）の有資格者が 2020 年時点で 150 万人と増加しているが、教育機関が乱立し、教育の質の担保に課題を抱えている（韓国）。
- 2017 年、深刻化する看護師不足への対策の切り札として新たに Nursing Associate（NA、看護補助者 HA と看護師 RN のギャップを埋める中間資格）の養成が開始した。NA は医療機関に限らず、コミュニティやケアホーム等のあらゆる場面で従事でき、かつそれを期待されている（イングランド）。

- 2017 年に成立した介護職法が 2020 年から施行して高齢者介護士/看護師/小児看護師等の養成課程が統合され、「すべての年齢の人」と「すべての支援分野」を対象に統一的養成制度が確立した。1〜2 年次は共通課程となり、3 年次の専攻によって「介護専門職」「高齢者介護専門職」ないし「小児看護専門職」の資格を取得することとなった。介護職法立法時の各種団体による意見表明に反対意見等は見受けられていない。(ドイツ)。

② 各資格に対する評価

- 社会教育的コンピテンシーを共有する専門職に対する社会的ニーズに応える形で保育領域の専門職(ペダゴー)が現在では、保育のみならず複数領域(高齢者介護、知的障害、児童養護)において活躍している(デンマーク)。
- 保育従事者は社会的課題への対応に重点を置いた教育職ないし福祉職として位置付けられている。(ドイツ)。
- 社会保健ヘルパーに比較してより医療的な業務を担うことが期待される社会保健アシスタントの養成課程では、介護のみならず看護学や薬学なども学ぶ。介護施設では、日常の医療行為は社会保健アシスタントにより提供されており、看護師は常駐していないのが一般的である(デンマーク)。

(3) 教育内容(コンピテンシー・カリキュラム)・教材・教授法の進化

① 教育の質の保障方法

- 実学志向性の強い職業能力改革が行われたことにより「何を学んだか」ではなく「何をできるようになったか」で学生の能力を判断する実践主義が徹底された。それにより、必要なスキルの習得後に学生を現場に送り込むことが可能となり、量的充足に貢献している(フィンランド)。
- 韓国医学教育評価院(KoreanInstitute of Medical Education and Evaluation)が認証評価、基準策定、研究を一体化して運営している。韓国教育省の認証はもとより、世界医学教育連盟の認定を受けた認証機関である(韓国)。
- 2017 年の職業訓練法改正により、教育機関に対する補助金支給はアウトカム、効率、効果に応じた助成方式に変更し、修了ユニット数や資格数、就職や進学実績、学生や雇用者からのフィードバック等を重視した構成となった。また教育機関自らの教育内容、その質や効果等に係る自己評価とともに、定期的に外部評価を受けることが義務付けられている。(フィンランド)。
- 実業界との関わりが国、地域、個別の教育機関のいずれのレベルにおいても職業教育訓練の質確保において重要との観点から、実業界の代表者で構成される「実業界委員会」(39 分野の労使 3 名ずつ)が教育ニーズの予測、職業資格の開発、教育機関におけるコンピテンス測定評価実施計画の準備等に関わるとともに、個々の学生のコンピテンス開発計画、職場での教育実施、コンピテンス修得の実技評価等にも関わっている(フィンランド)。
- 教員には、当該職業領域における学士あるいは修士(あるいは同等のもの)を有すること、60 単位分の教育法に関する訓練、及び分野ごとに必要な実務経験が求められる。ラヒホイタヤ分野の教員はさらに厳格であり、ソーシャルワークないし看護保健科学又は教育にかかる修士号以上を有し、担当分野での 3 年以上の実務経験を有していなければならない。また 5 年に 1 度は現場に戻る等、追加的な教育を教員に受けさせる義務を教育機関が有している(フィンランド)。

② 実習期間/実習評価

- 2020 年入学者から作業療法臨床教育において「参加型実習」が必須となった。そのため現場指導者と大学教員の曖昧な役割分担と緩い監督のもとで行われてきたこれまでの実習とは異なる形態に対応可能な評価方法の開発が求められている（日本）。
- 看護師・ペダゴーの養成期間（3 年半）のうち 1 年 2 ヶ月が実習期間として設定されており、社会保健アシスタントにおいては養成期間（2 年 10 ヶ月）のうち半分以上の1年 10 ヶ月が実習期間である。長期間の実習を経ることで卒後すぐに即戦力となり得る卒業生を輩出している（デンマーク）。

③ 教育内容の継続的な発展に向けたフレームワークおよびその構築プロセス

- 資格枠組みに関する設計は各セクターレベルで行い、教育文化科学省の認定を経て全国に適用される。当該資格に基づく専門職を養成するためのカリキュラムや試験は個々の教育機関レベルで決定される。各教育機関においては、将来に求められるケアのあり方やそのケアを担う専門職の育成について、専門職団体・教育機関・事業団体のみならず、利用当事者としての地域住民等とともに検討し、養成機関における具体的な教育内容に反映させている（オランダ）。
- 国から運営を受託している社会保健職養成学校が職業教育ナレッジセンターを運営し、教材やカリキュラム、研修を開発している。ウェルフェアテクノロジー（WT）については全国に 10 ヶ所あるナレッジセンターのうち 2 ヶ所が WT ナレッジセンターとしてデジタル化の進む労働市場に対して教育機関と教員の能力を高めるべく研修等を実施している（デンマーク）。
- ペダゴー領域においては、6 万人の加盟者を有する組合が養成課程及び卒後教育における教育内容の決定に影響力を有している（デンマーク）。

(4) 対人支援専門職教育の継続的な発展と質の担保を支える体制

① 履修免除・修業年限短縮

- 既習課程や社会経験によって教育期間の短縮が認められている。たとえば社会保健アシスタントが看護師の資格取得を目指す場合には通常 3 年半の看護師養成課程を 3 年ないし 2 年半で修了することができる。社会保健アシスタントとペダゴーの養成課程の互換性も認められており、一定の条件のもとで 3 年半の養成課程を 3 年まで短縮することができる（デンマーク）。
- Nursing Associate の資格を経て看護大学に入学し看護師となることも可能である。その場合、看護師になるための訓練期間（3 年）を 2 年に短縮することができる（イングランド）。
- 介護専門職以外の職業訓練修了資格や部分的に修了した職業訓練単位をカウントすることで、3 年の介護職養成期間を 2 年に短縮することができる（ドイツ）。

② 生活保障/経済的補填/処遇改善

- 「介護専門職」「高齢者介護専門職」ないし「小児看護専門職」は、職業訓練法又は手工業法に基づく職業訓練制度とは別であるが、基本的にはこれと対応する職業養成として実施されており、職業訓練開始時には職業訓練実施事業所と職業訓練契約を締結する。職業訓練期間中は職業訓練報酬が支払われ

る。たとえば養成課程 3 年目は€1,333（およそ¥186,620）の訓練報酬となり、学生の生活保障として機能している。授業料は無償である（ドイツ）。

- 養成期間中の生活保障は職業教育訓練の形態や資格毎に異なる。後期中等教育における職業教育を学校で受ける場合は学習奨励金や給食（費）が支給される。技能資格向けの訓練を学校で受ける者（主に社会人）に対しては失業保険を財源とした成人教育手当が支給される。ただし無料の給食への権利はない。訓練費用は無償である。また見習い訓練を受けは、職場訓練期間中、使用者と有期雇用契約を締結して賃金の支払いを受ける。使用者は職場で提供される訓練費用に充当するため訓練補償金を受領する。座学期間は日当、住宅手当、交通手当などの給付を受ける。（フィンランド）。
- 政府及び FH（労働運動中央組織）、コムーネ全国連合、レギオーン連合は 2020 年に、社会保健ヘルパー及び社会保健アシスタントの養成課程において 25 歳以上の学生を教育開始から雇用し、給料を支給することに合意し、2021 年 7 月から実施されている（デンマーク）。
- 保健医療福祉関係職種の労働組合の組織率は 90%を超え、ヘルスケア分野職員組合(TEHY)及びフィンランド基礎看護師協会（SuPer）の 2 団体が定期的に集団労使協約交渉を行う。2022 年の使用者団体（地方政府団体）との間における調停案には、向こう 5 年間の 17.3%給与上昇が含まれ、加えてコロナ患者に対応した者に対するボーナス（€600）の支払いや労働条件の改善が含まれた（フィンランド）。

③ 人材確保の観点から

- 高齢者介護職は、産業全体の平均ないし看護職に比べて賃金は低いものの、2012 年からの伸び率は他の産業や看護職よりも高い値を示している。2021 年にはインフレの影響により他の産業及び看護職が実質賃金低下となったところ、高齢者介護職は伸び率がインフレ率を上回り、実質賃金ではほぼ唯一増加している。このような処遇改善が進むなか、高齢者介護職の職業訓練受講者総数も増加している（ドイツ）。
- Nursing Associate（NA）は、Registered Nurse（RN）への橋渡しを担うべく創設された。この点、英国の看護師養成課程が大学化した際に指摘された負の側面（経済面を含む“敷居の高さ”）を解消する方策として有効に機能することを期待されている。ただし 2022 年 3 月時点において RN の登録者数 704,520 人に対し、NA は未だ 6,874 人（RN の約 1%）に過ぎず、現時点では RN 不足を補うまでには至っていない（イングランド）。

④ 対人支援専門職の質の担保

- BIG 法（ヘルスケア専門職法、1993 年制定）において一定の医療専門職に対する登録更新制度が義務付けられている（オランダ）。

(5) その他、焦点をあてる視点

- 保健医療福祉領域にまたがる 10 の資格を統合して新たな資格職（ラヒホイタヤ）を創設するといったドラスティックな改革を成し得た背景には、自治体ないし自治体連合がケアワーカー等の雇用者というだけでなく職業教育の提供者であり、かつ資格制度改正を行う場合に当然に自らも様々な面での負担を負う当事者であったことも視野に入れる必要がある（フィンランド）。

- 2017 年介護職法改正時に高齢者介護職、看護師、小児看護師の養成が統合された背景には、連邦と州の立法権限配分（学校制度に関する規制は「州」管轄であり、医療/労働/公的扶助については「連邦」管轄）に配慮する必要性があったことは看過できない（ドイツ）。
- 高等教育レベルでの職業教育訓練は欧州各国でも多様なシステムがとられており、多くの国で高等教育での専門教育プログラム（大学で提供される専門プログラム）と高等レベルの職業教育訓練プログラムを同等に評価し、大学教育との統合を進める方向へ向かっているように見受けられるものの（ドイツ等）、本研究においては不十分な検討にとどまっている。
- 今回検討対象とした国々においては、対人支援専門職の基礎教育の一部共通化は後期中等教育レベルと高等教育レベルにおいて行われていたが、後期中等教育レベルにおける教育課程の変革が積極的に展開されているとも見受けられる（表 1 参照）。
-

表 1：EQF（欧州資格枠組み）への当てはめ

EQF	資格類型例	対人支援職 養成課程の当てはめ				
		イングランド*1	オランダ*2	ドイツ*3	フィンランド*4	デンマーク*5
EQF8	博士課程 ないし同等の学位プログラム				医師/歯科医師	
EQF7	修士課程ないし 同等の学位プログラム				看護師 ソーシャルワーカー	医師
EQF6	学士課程ないし 同等の学位プログラム	看護師			看護師 ソーシャルワーカー	看護師（3 年半） 理学療法士（3 年半） 作業療法士（3 年半） ペダゴー（3 年半） ソーシャルワーカー（2 年半）
EQF5	高等教育 （標準複数年履修）レベル		看護師			
EQF4	短期高等教育	Nursing Associate （2 年, 2300h）	看護師	高齢者介護士 （3 年） 看護師（3 年）	ラヒホイタヤ （3 年, 4800h）	社会保健アシスタント （3 年 10 ヶ月）
EQF3	後期中等教育		ケアワーカー ヘルスケアワーカー			社会保健ヘルパー （2 年 2 ヶ月）
EQF2	前期中等教育（中卒レベル）		介護福祉ヘルパー			
EQF1	初等教育		ケアヘルパー			

*1 Silva, Simone Campos, Salminen, Leena, Elonen, Imane, Linares, Pilar Fuster, Cassar, Maria, Haycock-Stuart, Elaine, Saaranen, Terhi, Zrubcová, Dana and Ewers, Michael. "Nurse educator education in six European countries: a descriptive study / Ausbildung von Pflegepädagog/-innen in sechs europäischen Ländern - eine deskriptive Studie" International Journal of Health Professions, vol.9, no.1, 2022, pp.67-77. https://doi.org/10.2478/ijhp-2022-0006

*2 「オランダの地域包括ケアーケア提供体制の充実と担い手確保に向けてー」労働政策研究報告書 No.167（2014）堀田聰子

*3 「資格枠組みと資格制度：欧州の状況を中心に」岩田克彦（年金シニアプラン総合研究機構客員研究員・上智大学非常勤講師）https://www.dropbox.com/scl/fi/sdbya2pr92iufvwwr8rxi/_.docx?dl=0&rlkey=xl9wava254tr09818uuper4t7

*4 平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究」分担研究報告書「フィンランドにおける保健医療福祉共通基礎職業資格（ラヒホイタヤ）の資格教育制度の展開」分担研究者 森川美絵（津田塾大学総合政策学部・教授）https://www.dropbox.com/scl/fi/q5kb78wbiv1iy60amama2/_-20180511.doc?dl=0&rlkey=m2lh60na30iaqn8868ltqh2dh

*5 平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究」分担研究報告書「デンマークにおけ

る保健医療福祉職の基礎教育に関する考察」分担研究者 銭本隆行（日本医療大学認知症研究所研究員）
https://www.dropbox.com/scl/fi/0sozq1cospmv58q3ihcoe/20180515.doc?dl=0&rlkey=mqdow9l9mo2letga8tt0zlomh
*6「保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職に共通して求められる能力とその教育に関する研究会（2018 年 2 月 20 日）」「諸外国における資格枠組みと職業教育訓練」岩田克彦（労働政策研究研修機構・年金シニア総合研究機構客員研究員）（前国立教育政策研究所フェロー、前職業能力開発総合大学校教授）
https://www.dropbox.com/s/jf7keejc8qmxpx8/20180220_%E5%B2%A9%E7%94%B0_%E8%B3%87%E6%A0%BC%E6%9E%A0%E7%B5%84%E3%81%BF.pdf?dl=0

4. 考察及び結論

- 保健医療福祉サービス領域における労働力の需要と供給といった量的側面のみならず、我が国固有の文脈における質的な将来予測を国レベルで実施することにより、対人支援職の職業能力及びスキルの将来像に対する訴求力を高め、適宜政策的意思決定に反映させることで社会の変化に即した人材を養成する道筋を構築すること。
- 将来予測の議論を目的とした多様なステークホルダー（教育機関、専門職団体、サービス事業者、実業界、利用者、市民、自治体等）で構成されるプラットフォームを構築することで、今後予測される社会的変化に即した新たな職業能力やスキル（WT 等）を導入する際、現場レベルでの実装可能性が高められ得ること。

- 「対人支援職種」としての概念と共通のアイデンティ（社会教育等）の有無が、タスクシフト等資格再編を実現する際の実装可能性を左右し得ること。
- 教育の質の保障において、個々の学生のコンピテンス修得に関する評価測定や、教員の質を担保するための体制整備が教育の質保障に直接影響を持ち得ること。
- 対人支援専門職教育の教育課程において、職種を超えた履修免除や修業年限の短縮の余地があること。
- 資格再編を検討する際には、履修免除や修業年限短縮といった効率性のみならず、処遇改善や処遇への反映をセットに進める必要があり、これらの対応が人材確保の一助として貢献し得ること。
- 職業訓練期間中の生活保障（各種手当の支給その他社会保険を含む）は所得保障のみならず、生活支援をもって継続的な学び直しへのインセンティブが促進され、安定的雇用につながり得ること。
- 後期中等教育ないし高等教育等、いずれの教育水準で共通化を図るかにおいては中長期的視点で検討する余地があること。

5. 健康危険情報

なし

6. 研究発表

論文発表

1. Mawardi F, Lestari AS, Onishi H, Sasongko EPS, Kusnanto H, Hilmanto D. How Do Elderly People with Malnutrition and Their Families Perceive Collaborative Practice in Primary Care?: A Phenomenological Study. British Journal of Nutrition, 22, 1-19, 2022

2. Ernawati DK, Sutiari NK, Astuti IW, Onishi H, Sunderland B. Correlation between intercultural sensitivity and collaborative competencies amongst Indonesian healthcare professionals. Journal of Interprofessional Education & Practice, 29, 100538, 2022
3. 大西弘高. 台東病院のポートフォリオカンファランス. 地域医学, 36(7), 569-575, 2022
4. 大西弘高. 共通基礎課程とその実装上の諸課題. 地域ケアリング, 24(6), 30-36, 2022
5. 大西弘高. 患者医師関係と診療. カレントテラピー, 40(2), 143-147, 2022
6. 大西弘高, 藤沼康樹, 堀田聰子. 超高齢社会と総合診療/家庭医療に対するニーズ. カレントテラピー, 40(2), 194-201, 2022

7. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

分担研究者　　堀田　聰子（慶應義塾大学　大学院健康マネジメント研究科・教授

2022年9月28日　諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる研究会

オランダのケアの担い手をめぐって

対応する本研究会における視点
1. 社会環境の変容に伴う支援ニーズの質・量の変化の把握とケア資源の将来計画への反映
2. これを対人支援専門職の確保び教育の見直しにつなげる検討の体制・プロセス
4. 生涯にわたる職業キャリアの発展を支える仕組み

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
堀田聰子（shm@sfc.keio.ac.jp）

1

構成

- オランダをとりあげる理由
- ケア提供体制の変遷と特徴
- ケア関連職種の職業資格と中等職業教育
- ケア専門職と教育におけるイノベーション委員会（2012-2017）

注意：
本資料は、主に2010年度の在外研究及び2017年度に行った現地調査に基づくものである。
主要参考文献：
堀田聰子（2014）『オランダの地域包括ケア―ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて―』労働政策研究報告書No.167
労働政策研究報告書No.167 オランダの地域包括ケア ―ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて―｜労働政策研究・研修機構（JILPT）

2

オランダをとりあげる理由

ケアをとりまくいくつかの変化

- 人口構成の変化（高齢化、少子化）
- 疾患構造の変化（複数疾病、継続発症、ケアサイクル）

- 健康概念の変化
- 支援観の変化（医療モデルから生活モデルへ、ICF）

- ケア・サポートの断片化・連続性の欠如
- （全体・無駄な）費用の肥大化

生活の質（個人・家族・地域の物語）、持続可能性

地域包括ケアとは：2つのコンセプト

地域を基盤とするケア（community-based care）

公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるケア〔Plochg and Klazinga（2002）〕

×

統合ケア（integrated care）

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念〔Gröne and Garcia-Barbero（2001）〕

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要

※諸外国における統合ケアをめぐる動向及び我が国への示唆については筒井孝子（2014）『地域包括ケアシステム構築のための マネジメント戦略—integrated careの理論とその応用』中央法規出版等を参照のこと。

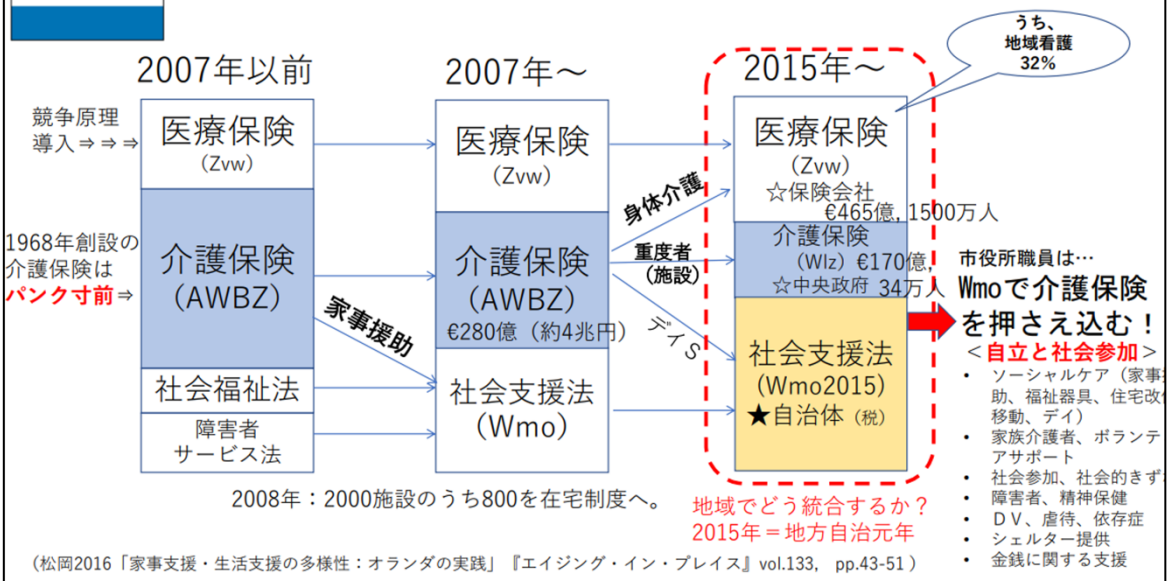
オランダに着目する理由

面積　約42,000K㎡（九州と同じくらい）
人口　約1,673万人、高齢化率16.2%（2012年）高齢者人口ピーク約460万人（2039年）
高齢者世帯の家族構成　単身+夫婦のみ世帯で9割以上、75歳以上単身過半数

- 問題意識－地域包括ケアの担い手確保
  - Community-based careとintegrated careの両者のコンセプトを含むシステム構築を試みた数少ない国
    - 慢性疾患患者の死亡場所　自宅が32%
  - 世界で初めて長期ケア保障について普遍的な強制加入の社会保険制度を導入した国として着実に制度改革
    - 先進7カ国の医療制度の総合ランキング1位（オランダ、英国、オーストラリア、ドイツ、ニュージーランド、カナダ、米国）（The Commonwealth Fund2010、質・アクセス・公平性等）
  - ヘルスケア・ソーシャルケアワーカー労働市場が相対的に見て明るい状況に

（参考）　松岡洋子氏（東京家政大学）作成資料
（松岡洋子「居住支援の国際比較」全国居住支援法人協議会8月公開研究会（2022年8月）報告より）

オランダの制度変化　「プロのケアがインフォーマルに置き替えられている」



（松岡2016「家事支援・生活支援の多様性：オランダの実践」『エイジング・イン・プレイス』vol.133, pp.43-51）

ケア提供体制の変遷と特徴

年表↓23頁

https://www.jil.go.jp/institute/reports/2014/documents/0167.pdf

- 伝統的に：宗教的基盤を背景とする救貧・ケア
- 近代以降：互助的基金による疾病・失業等の健康・社会上のリスクのカバー、実際のケアの担い手は宗教・宗派別民間非営利組織
- 19世紀末～1940年頃：現代福祉国家の萌芽
- 第二次大戦後～1970年代：福祉国家の拡大
  - 分権性（補完性原理）・受動性
  - 1960年代：短期医療保障・長期ケア保障枠組みの整備、脱病院化（ナーシングホーム急増）

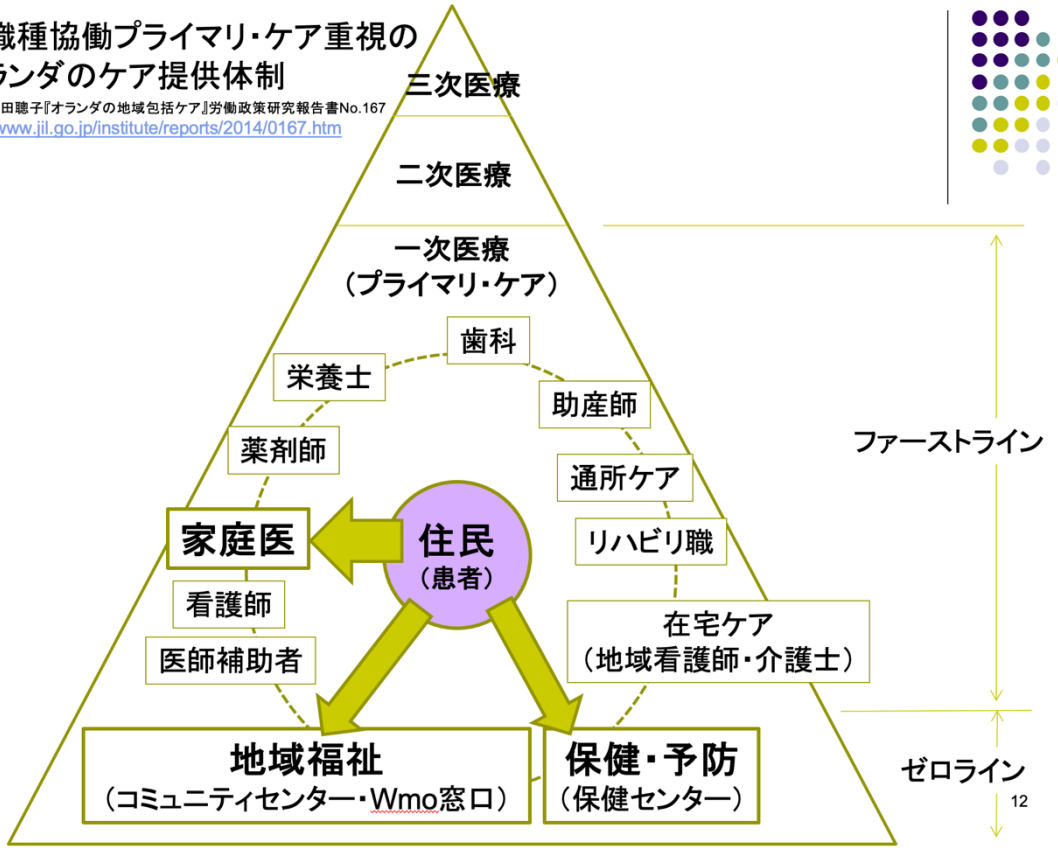
- 1970年代後半~：脱施設化、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの機能分業、地域医療・予防重視、プライマリ・ケア一体性向上・強化 水平統合
  - 社会政策上の要請（自己責任、互助促進）＋当事者による「自立」「選択の自由」の要求に基づく流れ
  - 「代替」：ナーシングホーム→ケアホーム→高齢者住宅や地域へのサービス提供、治療→予防、二次医療専門医→家庭医、医師→看護師→介護士、専門職→インフォーマルケア、保険市場→一般市場…
  - 「個別仕立てのケア」
  - プライマリ・ケアの中核領域：家庭医・地域看護・ホームケア・ソーシャルワーク（1983年プライマリ・ケア白書）

垂直統合

- 80年代後半：中間ケア-オランダ版Chain of care（Ketenzorg）の萌芽、住まい機能が向上した独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせ
- 90年代後半～：脳卒中や糖尿病のケア提供者の地域ネットワークにおける疾患管理プログラム（成果指標開発、ベンチマーク、ガイドライン更新）の実践・評価、ケア基準の整備
- 2000年代：政府による慢性疾患の疾患管理プログラム推進、成果に基づく包括払いへ（ケアグループ）
  - ケア基準の整備発展（WagnerのCCMが概念的背景）
  - 予防・治療・介護の連携強化
  - セルフマネジメント支援
  - 多職種による統合ケア
- 統合ケアの新たなテーマとしての認知症

多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制

出所：堀田聰子『オランダの地域包括ケア』労働政策研究報告書No.167
http://www.jil.go.jp/institute/reports/2014/0167.htm



（参考）　松岡洋子氏（東京家政大学）作成資料
（松岡洋子「居住支援の国際比較」全国居住支援法人協議会8月公開研究会（2022年8月）報告より）

オランダ＜SWT ソーシャルバイク・チーム＞

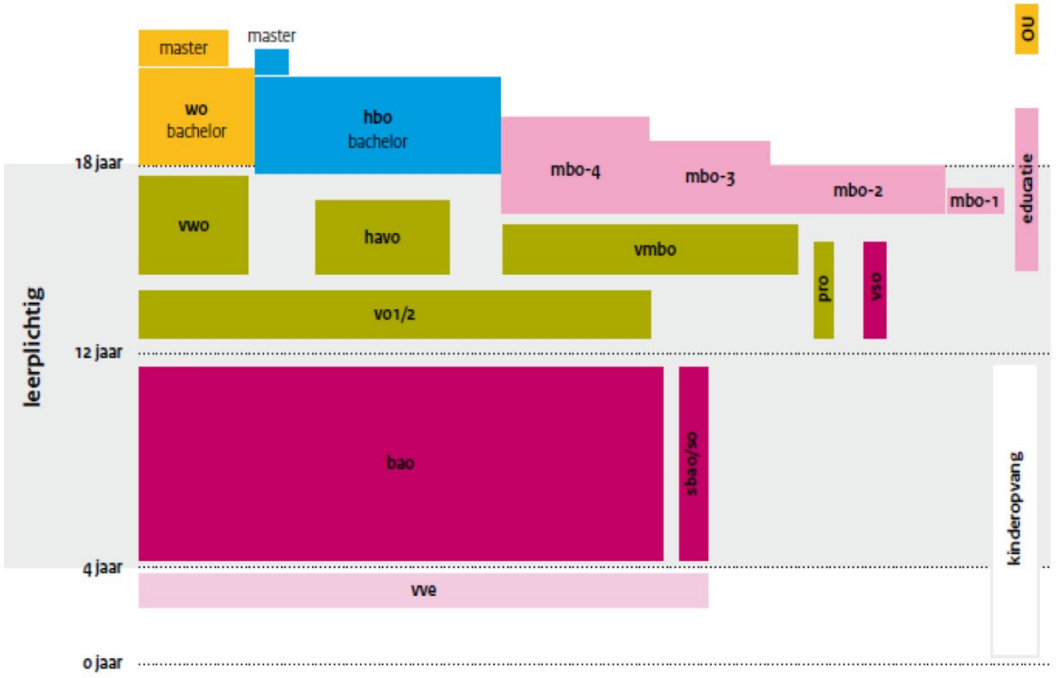
Sociaal Wijkteam
大都市の86％で整備（2016年）

- **機能**
  - 「よろず相談窓口」（普遍的：高齢者・障害者・児童・精神、貧困・依存症・DV・虐待、、）
  - 査定、ケアプラン作成、ケア提供者のコーディネーション、新サービス開発
  - 法的根拠はない。Wmo（自立・参加）・若者法が対象領域。
- **チームメンバーの資格**
  - ソーシャルワーカー、看護師、精神保健など
  - 専門知識＋ジェネラルな生活視点で支援できる（T−Professional）
- **支援の方針**
  - **社会的ニーズ＞医療的ニーズ　（キッチンテーブル・ミーティング）**
  - 「More Happiness, Less Care.」「ヘルプ・セルフヘルプ」「孤立防止」
- **インフォーマル資源の活用・開発**
  - 本人⇒家族⇒近所、地域⇒ボランティア組織
    （難しい場合は医療保険/介護保険につなぐ）
  - ケアラー支援にも力を入れる。

ケア関連職種の
職業資格と中等職業教育

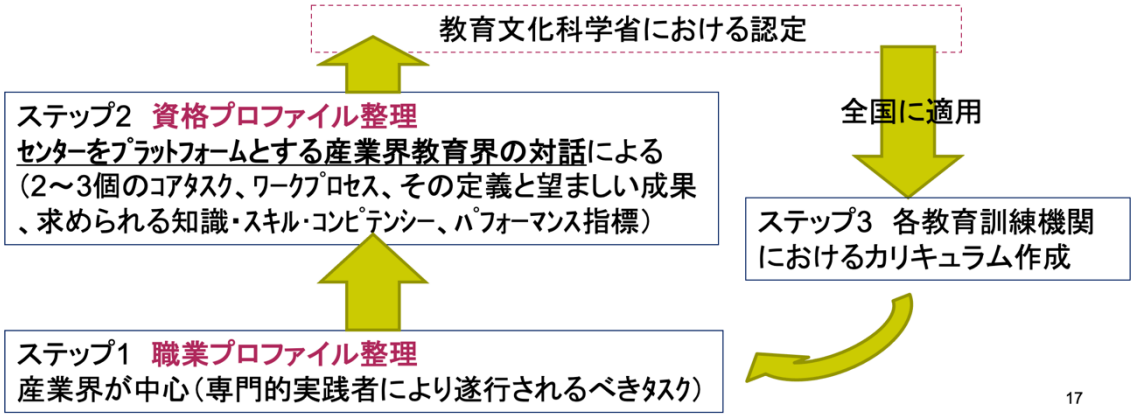
オランダの職業資格（中等職業教育レベル）整備・発展の仕組み　1）背景

- 1996年職業教育訓練法
  - 背景：労働市場の急速な変化・ｸﾞﾛｰﾊﾞﾘｾﾞｰｼｮﾝ進行
  - 目的：**労働市場ﾆｰｽﾞと職業教育の結びつき強化**、労働者の柔軟性とｴﾝﾌﾟﾛｲｱﾋﾞﾘﾃｨ向上
  - 国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備
  - 中等職業教育の一貫性改善、中等職業教育と成人教育の一本化（地域職業教育センター設置・・・介護福祉、技術、経済、農業）
  - **ｾｸﾀｰ別の職業教育訓練労働市場知識ｾﾝﾀｰが中等職業教育ﾚﾍﾞﾙの全国統一職業資格の整備・発展の基盤**



2）職業教育訓練労働市場知識センター

- 機能
  1. 産業界（使用者団体・専門職団体・労働組合）、教育界（中等職業教育評議会・教育訓練機関）のステークホルダー協働による資格構成整備・発展
  2. 実地訓練受入機関認定・質モニタリング



3）保健福祉スポーツセクターのセンター（Calibris）

2011-2012資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスケアアシスタント	看護・介護		
レベル４	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医補助者	看護師	障がいソーシャルワーカー、専門保育士、青少年ケアワーカー、ティーチングアシスタント、コミュニティワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツエクササイズコーディネーター
レベル３	—	ヘルスケアワーカー	ソーシャルケアワーカー、保育士	〃　ワーカー
レベル２	—	介護福祉ヘルパー		〃　ヘルパー
レベル１	—	ケアヘルパー	—	—

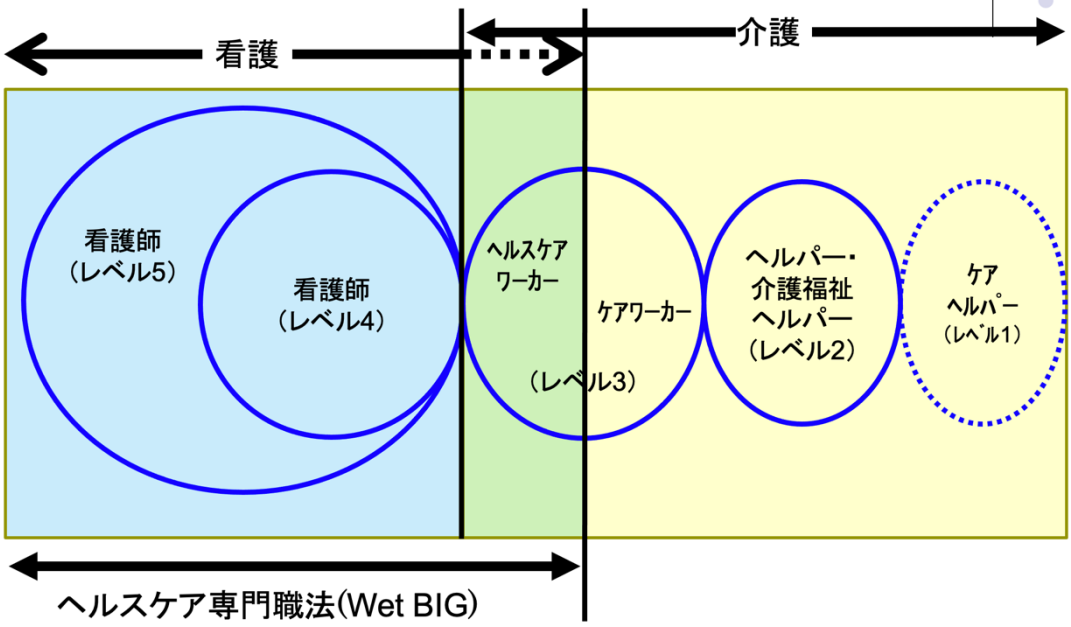
出所：Calibris提供資料をもとに堀田作成。中等職業教育レベルのみ掲載。OT/PT/ST等は高等職業教育レベル。

- 課題は多いものの、産業界教育界が常に対話を繰り返し、**環境変化に対応して職業プロファイルに基づく資格プロファイル更新・カリキュラム改訂を続ける**（硬直化させない）
  ヘルスケア・福祉・スポーツ領域を横断するプラットフォーム
- ただし高等職業教育レベル（レベル5学士　以上）は教育訓練機関が資格構成の発展を担う

中等職業教育のレベルと教育訓練ルート

- コンピテンシーベースの職業教育訓練（EU）
- 部分資格制度（モジュール認定）
- レベル1　アシスタント教育　半年~1年
  レベル2　基礎職業教育　2~3年
  レベル3　専門職教育　3~4年
  レベル4　ミドルマネジメント教育　4年
  　　スペシャリスト教育　1~2年
- 職業教育ルート　実地訓練20~60%
  見習い訓練ルート　実地訓練60%以上

看護・介護職の資格構成（1997～）



（参考）看護・介護職の資格モジュール（2011年レベル1～3部分抜粋）

モジュール	ケアヘルパー ﾚﾍﾞﾙ1	介護福祉 ヘルパー ﾚﾍﾞﾙ2	ケアワーカー・ ヘルスケアワーカー ﾚﾍﾞﾙ3	看護師 ﾚﾍﾞﾙ4	看護師 ﾚﾍﾞﾙ5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づく仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓			
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 質の保証・能力開発（ケアヘルパー）		✓			
206 社会の中での発達1		✓	✓	✓	
301 介護計画			✓		
302 基礎介護			✓	✓	✓
303 予防と健康教育			✓	✓	✓
304 看護入門			（✓）		
305 ケアのコーディネート			✓		
306 質の保証・専門性向上（ケアワーカー）			✓		
307 社会のなかでの発達2			✓	✓	
308 慢性疾患・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、新生児ケア			✓		
312 短期ケア			△		
313 産褥ケア			△		
314 高齢者ケア			△		
315 慢性疾患ケア			△		

ケア専門職と教育における イノベーション委員会（2012-2017）

オランダにおける2030年のケアと専門職のあり方・市民及び専門職の学びに関するふたつの報告

ケア専門職と教育におけるイノベーション委員会（2012-2017）

すべての人がアクセスできて手ごろな
質の高い未来志向のケア

第1報告(2015):

新しいケアとケア専門職に向けて~その輪郭

市民及び専門職教育への実装に向けた示唆

第2報告(2016):

もうひとつの見方、学び方、やり方～デジタル時代における越境するケアと福祉の学習と教育

資料：
第1報告
（原文） Kaljouw M, Van Vliet K (2015) “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren” Zorginstituut Nederland
（英訳版）〃 (2015) “Moving towards new health care and new health care professions: the contours” National Health Care Institute

第2報告
（原文） Van Vliet K, Roodbol P, Grotendorst A(2016)” Anders kijken, anders leren, anders doen“
（英文要約版） 〃 （2016）“A paradigm shift in perception, learning and action”

3つの出発点

- ケアに対する需要：2030年になにが求められるか？
- 機能：疾患ではなく機能の連続性に焦点
- 新しい健康の概念： 適応・みずから管理する能力

‘Health as a **state** of full physical, mental and social well-being’ (WHO, 1948)

→

‘Health as the **ability** to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges’ (Huber et al, BMJ 2011)

健康の新しい概念（M Huber et al, 2011, 2016他）

https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716212/

「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、本人主導で管理する能力としての健康（ポジティヴヘルス）」

- 身体の状態：元気、体調、症状・痛み、睡眠、食事、コンディション、動き
- 心の状態：記憶力、集中力、意思疎通力、朗らか、自己受容、変化への対応力、管理感
- 生きがい：生きがいのある生活、生きる意欲、理想を達成する意欲、信頼できる、受容力、感謝の心、生涯学習
- 暮らしの質：楽しめる、幸福感、しっくり感、バランス感、安心感、住まい、十分な生活費
- 社会とのつながり：他者との接触、尊重してもらえる、楽しみを共有できる仲間、他者からの支援、居場所がある、やりがいのある活動、社会に対する関心
- 日常の機能：身の回りのことができる、自分の限界を知る、健康についての知識、時間管理力、金銭管理能力、働ける、支援を求めることができる

スパイダーネット（Institute for Positive Health作成）

INSTITUTE FOR POSITIVE HEALTH

身体の状態
- 元気
- 調子がいい
- 病状・痛みがない
- よく眠れる
- 食欲がある
- スポーツ後など身体の回復が早い
- 身体の軽やかさ

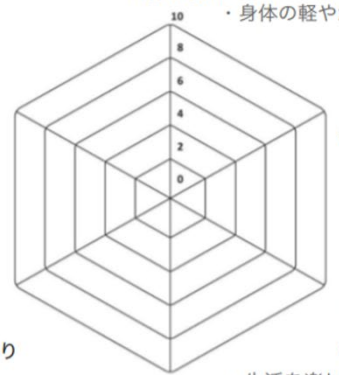
心の状態
- 記憶力
- 集中力
- 意思疎通力
- 朗らか
- 自己肯定感
- 問題解決能力
- 自己調整能力

いきがい
- いきがいある生活
- 意欲がある
- 達成したい理想
- 将来に希望がもてる
- 人生の満足感
- 感謝の念
- 生涯学習

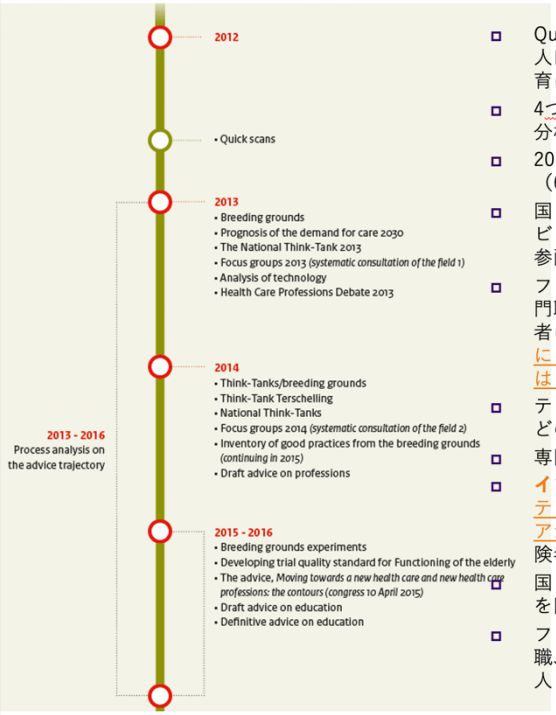
暮らしの質
- 生活を楽しめる
- 幸福感
- しっくり感
- バランスのある生活
- 安心感
- 住まいと同居者への満足
- 十分な生活費

社会とのつながり
- 他者とのつながり
- 尊重してもらえる
- 楽しみを共有できる仲間
- 必要なとき支援をしてくれる人
- 居場所がある
- やりがいある活動・仕事
- 社会に対する関心

日常機能
- 身の回りのことができる
- 自分の限界を知る
- 健康を保つ知識
- 日常生活の計画
- 金銭管理能力
- 労働・ボランティア活動ができる
- 支援を求められる



アプローチ



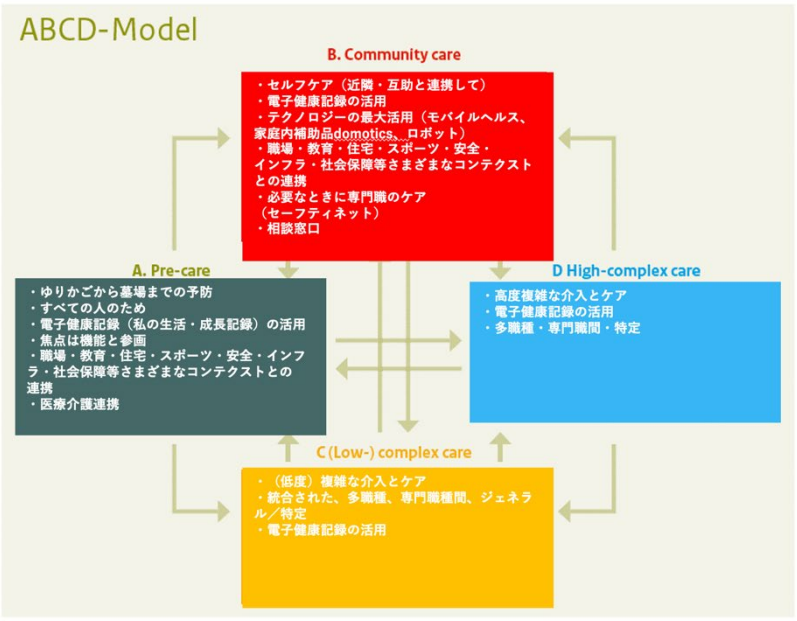
- Quick scan：
  人口動態・疫学統計、専門職教育の現状、対人支援専門職とその教育におけるイノベーション
- 4つの**インキュベーション地域**：
  分析→インキュベーション→実装
- 2030年のケアに対する需要見通し
  （65歳以上については機能面での問題で分類）
- 国レベルThink-Tank2013：「Caring for health」をテーマに文献レビュー、574人の専門家と議論”*An end to doctoring*“…健康行動、参画、セルフマネジメント、アウトカムに基づく支払い
- フォーカスグループ2013：「2030年のケアのかたち」利用者、専門職、アドミニストレーター、管理者、政策担当者、研究者、教育者による28グループ（健康の新しい概念は市民とそのネットワークにとって何を意味するか、どのようにそれを支援できるか、実現には？）
- テクノロジーの分析：「テクノロジーは将来のケアに対する需要にどのように貢献するか」専門家ミーティング、インタビュー
- 専門職によるディベート：全国、**インキュベーション地域**から
- **インキュベーション地域**Think-Tank：「自分のためにできること、テクノロジーの可能性、社会的なつながりの貢献、どんな専門職ケアが求められ、それはどこで組織されるのか」利用者、事業者、保険者、教育機関、自治体（市・州）
- 国レベルThink-Tank：インキュベーション地域Think-Tankの議論を国レベルのステークホルダーで検証
- フォーカスグループ2014：30の国レベルの関係団体の利用者、専門職、管理者、政策担当者、自治体、研究者からなる34グループ370人

出所：スライド23掲載の第1報告（英訳版）

インキュベーション地域

- 4地域：
  - Friesland,
  - Amsterdam-Amstelveen
  - Rotterdam
  - Heerlen
- 分析：TNO（オランダ応用科学研究機構）による2030年までの人口動態見通しをベースにした将来の住民の機能、慢性疾患、精神疾患、社会心理的問題、知的障害
- インキュベーション：市民、ケア事業者、教育機関、保険会社、市町村、州等による分析結果の共有と対話に基づく2030年のケア予測
  ～2030年のケアマップの作製
- 実装：ベストプラクティス（既存プロジェクトを基盤として活用）の分析・共有（ビジョン・目的、方法、アウトカム、ほかの場所での適用）とさらなるアクション、ナレッジシェアリング、モニタリング・評価

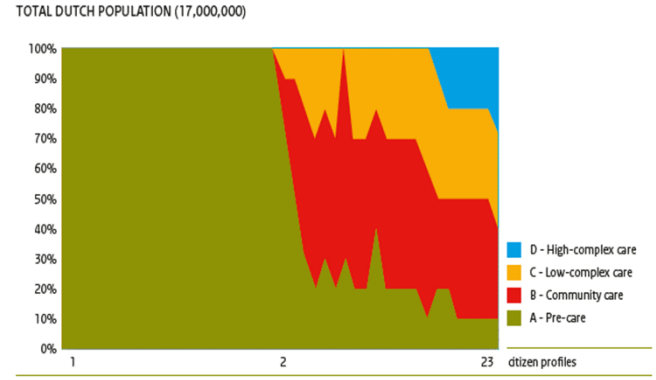
出所：スライド23掲載の第1報告



出所：スライド23掲載の第1報告（英訳版、和訳は堀田）

Citizen profiles

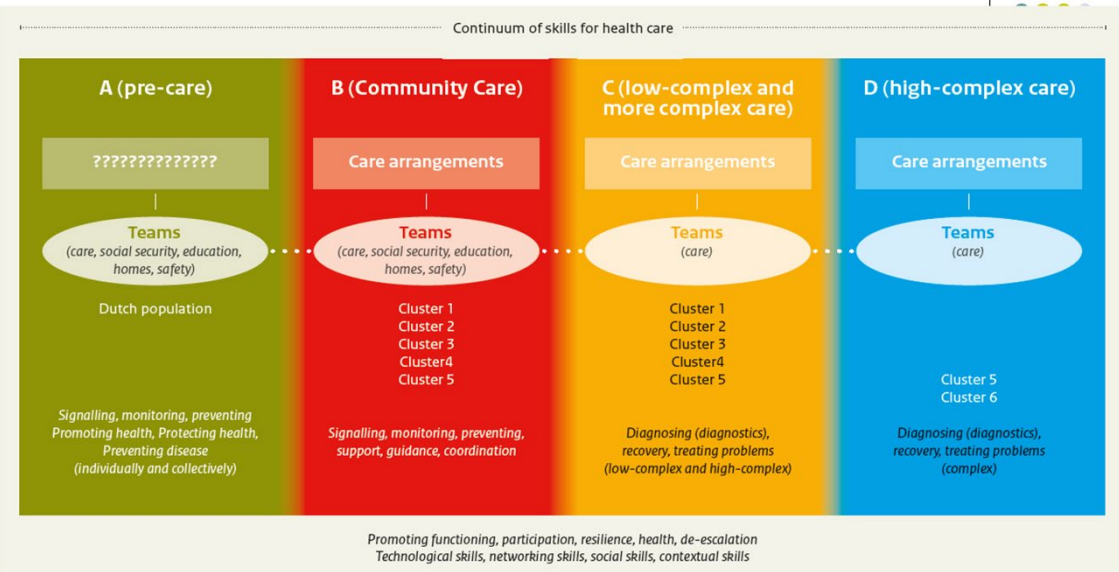
1. No problem
2. Low-complex problem
3. One or more chronic disorders[8]
4. Functioning problems[9] and chronic disorder(s)
5. Psychological disorder
6. Psychological disorders and chronic disorder(s)
7. Functioning problems, chronic disorder(s), psychosocial problems
8. Psychosocial problems
9. Psychological disorder, psychosocial problems and chronic disorder(s)
10. Psychological, functioning problems, chronic disorder(s)
11. Low-complex problem, chronic disorder(s)
12. Low-complex problem, functioning problems, chronic disorder(s)
13. Low-complex problem, functioning problems, psychosocial problems
14. Low-complex problem, mental disorder, chronic disorder(s)
15. Low-complex problem, psychosocial problems, chronic disorder(s)
16. Low-complex problem, psychological disorder, functioning problem, chronic disorder(s)
17. High-complex problem
18. High-complex problem, chronic disorder(s)
19. High-complex problem, functioning problems, chronic disorder(s)
20. High-complex problem, functioning problems, psychosocial problems
21. High-complex problem, psychological disorder, chronic disorder(s)
22. High-complex problem, psychosocial problems, chronic disorder(s)
23. High-complex problem, psychological disorder, functioning problems, chronic disorders



Clusters of citizen profiles

1. Only low-complex problems.
2. Chronic disorders without or with functioning problems and/or psychosocial problems.
3. Chronic disorders without or with chronic disorders, functioning problems and/or psychosocial problems.
4. Low-complex problems with (combinations of) chronic disorders, psychological disorders, functioning problems and/or psychosocial problems.
5. High-complex problems with (combinations of) chronic disorders, psychological disorders, functioning problems and/or psychosocial problems.
6. Only high-complex problems.

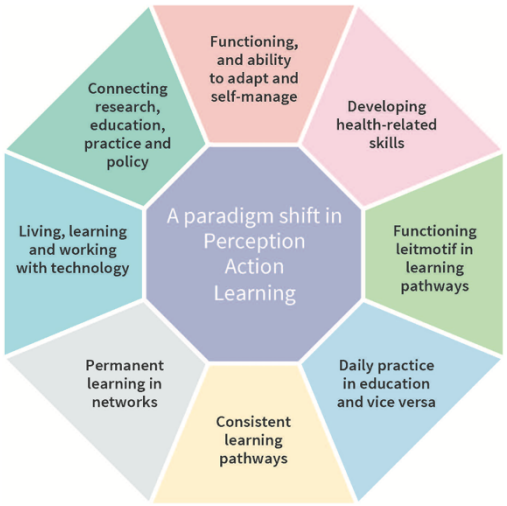
出所：スライド23掲載の第1報告（英訳版）



専門職の自律→共創（co-creation）へ　　専門職の種別→スキルの連続性へ

出所：スライド23掲載の第1報告（英訳版）

新しい学び方と新しい教育



- 専門職：未来のケアに対する需要を満たす新たなスキルと価値の必要性~本人の機能の回復・増進にはなにが必要か（ネットワーク構築、テクノロジー、社会的スキル、コンテクスト理解、ケアの縮小化！）
- 市民：学ぶ力と健康に関する能力の涵養～初等・中等教育から
- ケアパクト（2015年～保健福祉スポーツ省と教育文化科学省が推進）：医療・介護福祉事業者、教育機関、地方自治体の三者による革新的パートナーシップに基づく地域の協働を促進
- 職業プロファイル（コンピテンシー）／資格・教育プロファイル（カリキュラム）／教授法
- ケアパクトにおける示唆を教育に反映できる「余地」

出所：スライド23掲載の第2報告

（参考）2020-2024年度
全国健康政策基本合意書イラスト

背景の問題

貧困、借金、住宅関連の問題、失業、障害、低い教育レヴェルについて。不十分な生活環境の質は、健康と健康感に影響を与える。

04 | Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024

ポジティヴヘルス

健康とは身体的な面だけではなく、適応力、ウェルビーイング、本人主導、レジリエンス、社会とのつながり、生きがいも関連する。

協働

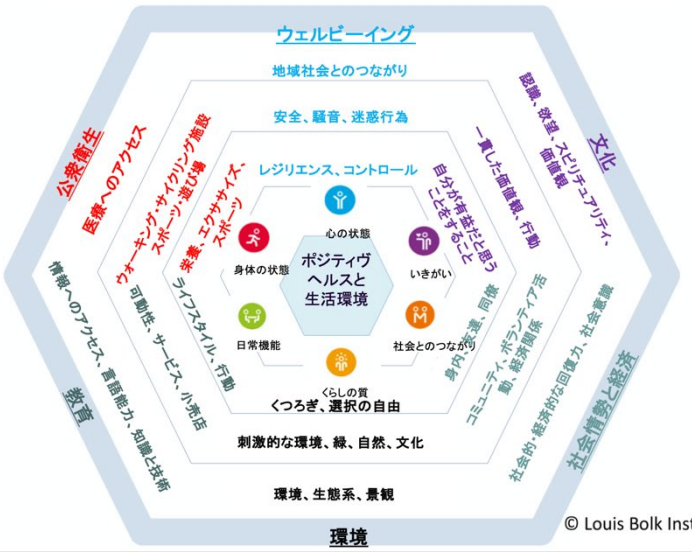
私たちは健康に関する課題を、異なる領域を越える、幅広い視野からとらえる：健康をすべての政策に！

出所：“Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024”
https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024　4頁

（参考）ルイ・ボルク研究所版コミュニティ向けクモの巣

Louis Bolk Instituut

Example

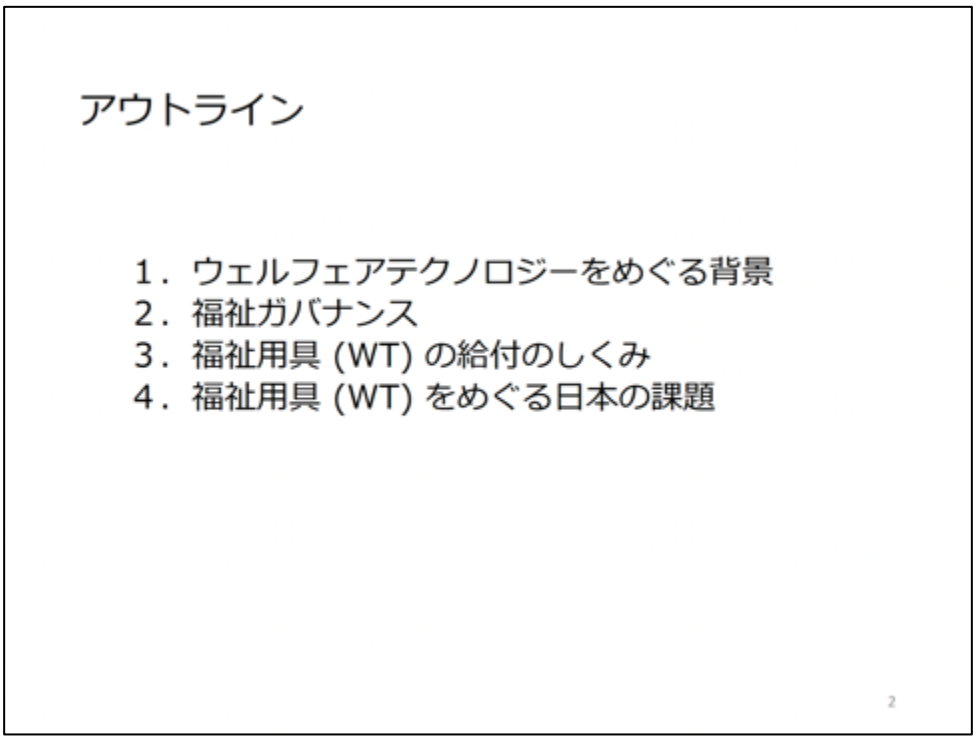


© Louis Bolk Institute

出所：https://www.louisbolk.nl/projecten/positieve-gezondheid-en-leefomgeving

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

研究協力者　　石黒　暢（大阪大学　人文学研究科　外国学専攻・教授）



1．ウェルフェアテクノロジーをめぐる背景

ウェルフェアテクノロジー (WT) とは

統一した定義はないが、デンマーク社会庁は「福祉サービスを維持・発展させることに貢献する技術的ソリューションであり，福祉用具を含む」と定義

社会的背景

・デンマークのWT戦略　→電子政府戦略のなかに位置づけ

（2001 年に最初の電子政府戦略を発表）

・電子政府ランキング（国際連合，2022年）1位

◇背景　・社会の高齢化

・国民の公的サービスに対する期待や要求の高まり

→公的部門の対応能力が求められている

＊公的部門が大きいデンマーク→公的部門の効率化，公共支出の増大抑制

＊当初は公的部門の労働力削減に大きな焦点。次第に高齢者の自立支援やQOL向上、介護従事者の負担軽減・労働環境改善にシフト。

国家戦略

●2011年「電子政府戦略2011-2015」
（政府・全国コムーネ連合・全国レギオーン連合）

●2013年「デンマーク成長戦略」（政府）
公的部門を刷新、電子化の推進、WT導入等

●2013年「デジタル・ウェルフェア共通戦略2013－2020」
（政府・全国コムーネ連合・全国レギオーン連合）

1．遠隔医療の普及
2．医療における効率的な連携
3．ケアにおけるWT活用
4．ケースワークのデジタル化
5．教育におけるデジタル化
6．教育における連携のデジタル化
7．デジタル・ウェルフェアの環境整備

4つの重点項目

①天井走行型リフト（介助者2人から1人へ）
②高機能（洗浄機能付き）トイレ（在宅と施設）
③食事支援ロボット（施設）
④介護機器の有効活用（既存の様々な福祉用具のさらなる活用）

●2016年「電子政府戦略2016-2020」
（政府、基礎自治体連合、全国レギオーン連合）

● 2022年「電子政府戦略2022-2025」
（政府・全国コムーネ連合・全国レギオーン連合）

※ウェルフェアテクノロジーは重点化されていない
→ウェルフェアテクノロジーに特化した国家行動計画策定の必要性

2．福祉ガバナンス

●政策に関わる公的機関（＝国家戦略の策定主体）

- 国
- 全国コムーネ連合　★介護業界の雇用主団体
  ※WTセンターをもつ
- 全国レギオーン連合

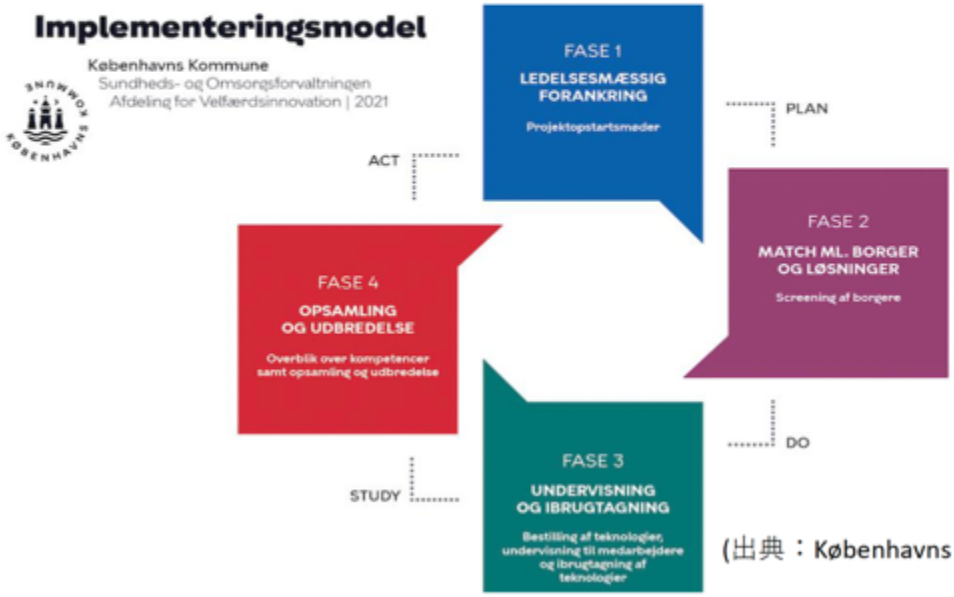
●政策に関わる非公的機関

- 介護労働者の労働組合 (FOA)　★介護業界の被雇用者団体
- 高齢者問題全国連盟 (Ældre Sagen)　★利用者の代表
- 高齢住民委員会 (ældreråd)　★各コムーネの利用者の代表

WTに関わる（可能性のある）市民の組織がそれぞれの立場から熟議を重ね，合意を形成している結社・熟議民主主義の1つのモデルを示しているといえる．このようなネットワーク型のガバナンスは，導入に困難を伴いがちな新しいシステムの実施可能性を高める．

例：コペンハーゲン市のWT導入モデル

（プロジェクト開始→利用者スクリーニング（マッチング）→研修・導入→評価とスケールアップ）



（出典：København kommune）

3．福祉用具（WTを含む）の給付のしくみ

福祉用具が介護実践のなかで大きな役割を果たしている

- 税方式の財源でコムーネが給付しており、年齢や所得、在宅か施設かにかかわらずすべての国民が対象
- コムーネが貸与（レンタル）　※一部は衛生面から返却不要
  例）車椅子、歩行器、介護ベッド、腰掛便座、入浴補助用具
- コムーネの担当セラピスト（主にOT）が個別のニーズに基づいて給付の判定を行う
- 各コムーネに福祉用具センターがあり、福祉用具を管理。レンタル後、返却された福祉用具は洗浄・修理され、再利用
- 介護ロボット等のコスト高の機器を導入するかどうかは各コムーネが判断

4．WTをめぐる日本の課題

1．ガバナンス

介護の受け手と担い手の政策関与可能性が低い

2．給付のしくみ－標準化(standardization)の視点から

標準化された枠組みによって高齢者の個別ニーズに合う福祉用具やWTを給付することが困難になる場合がある。

❶在宅と施設の区別

【在宅の場合】

介護保険で居宅サービスとして福祉用具が位置付けられている

- ・レンタルが原則（一部は購入対象）
- ・利用者が福祉用具貸与事業所を選択し契約を結ぶ
- ・利用者がケアマネージャーと福祉用具専門相談員と福祉用具を選定

福祉用具貸与種目の例 ①

車いす

自走用標準型車いす

電動車いす（ハンドル型）

介助型車いす

車いす付属品

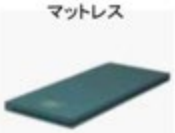
クッション

電動補助装置

特殊寝台

特殊寝台付属品

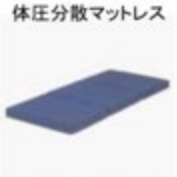
マットレス



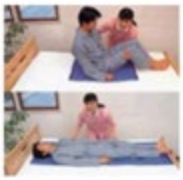
サイドレール

床ずれ防止用具

体圧分散マットレス



体位変換器



福祉用具貸与種目の例 ②

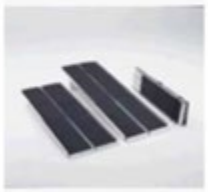
手すり

歩行器

歩行補助つえ

自動排泄処理装置

スロープ



認知症老人徘徊感知機器

移動用リフト

■在宅での介護ロボット給付

- 年に1回開催される「介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会」において，種目への追加が検討
- 介護保険開始当初には入っていなかったが検討会によって追加された介護ロボット・・・認知症老人徘徊感知機器，自動排泄処理装置，電動アシスト付き歩行器，排泄予測支援機器など
- 利用者は要介護度による支給限度額の範囲内で必要な介護ロボット（福祉用具）をケアプランのなかに位置付けてレンタル

【施設の場合】

・介護保険において在宅のように利用者個人が車椅子や歩行器などの福祉用具の貸与を受ける仕組みはなく，各施設が備品として揃えたものを使う

・利用者の個別ニーズに合った福祉用具が備えられているとは限らない

■施設での介護ロボット給付

・各施設の判断で導入する.

・どのようなものをどの程度揃えるかについては施設の方針等によって大きく異なる

・補助金を利用して導入する施設が多い

❷軽度者の除外

軽度者（要支援1・2、要介護1）に対する福祉用具給付は一部種目において制限されている（車椅子、特殊寝台など）

→「要介護度」によって利用できる福祉用具が限定される

ただし、一定の条件に該当する場合は例外的に利用が認められる

⇒　軽度者に対する例外給付

多様なニーズと全国一律の標準的な制度の狭間にたつ専門職に必要なスキル？

おわりに

- デンマークのWT施策は関連するアクターが幅広く関与する福祉ガバナンスのもとに推進されている
- デンマークの福祉用具 (WT) は普遍主義的に個別ニーズに基づいて給付が可能な制度設計
- 日本の介護保険制度での福祉用具 (WT) 給付の限界
  - 成長戦略フォローアップ（2021年）
  - 総合的な介護人材確保対策（2021年）
- 介護の持続可能性
- 共同材としての福祉用具・WTの可能性
- 関わる専門職？

＜今後リサーチが必要な課題＞

- デンマークにおける対人支援教育課程にWTをどのように取り入れているか
- WTナレッジセンター（全国2か所）と介護職養成学校との連携

諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる研究会（2023年1月19日）

デンマークのウェルフェアテクノロジー
～介護職養成教育とプラットフォームに焦点をあてて～

<対応する本研究会における視点>
（2）これを対人支援専門職の確保（タスクシフト／シェア、テクノロジーの活用等を含む）及び教育（コンピテンシー・カリキュラム）の見直しにつなげる検討の体制・プロセス（とくに医療系・福祉系を横断する方向性の共有と教育内容への展開の観点から）

石黒 暢
（大阪大学 人文学研究科）

アウトライン

1．介護職養成課程におけるウェルフェアテクノロジー
(1) WTに関する養成教育の能力目標
(2) WTに関連した教育の取り組み例
(3) WTナレッジセンター

2．関連組織のプラットフォーム

1．介護職養成課程におけるWT

(1) WTに関する養成教育の能力目標

【社会保健アシスタント養成教育の**本課程に進む前に習得すべき能力**】（抜粋）

●下記に関する基礎的な知識（15項目）

－職務に関連するデジタル機器やWT

－シュミレーション、情報検索、データ操作、記録、プレゼンのために使用するIT機器

●課題解決のために下記の基本的なメソッド・ツール（10項目）を使用するスキルを持つこと

－よく使われる仕事のツール、福祉用具、WT

－情報を処理したりプレゼンしたりする際に使うIT機器

●下記（7項目）を基礎的なレベルで遂行する能力をもつこと

－利用者にWTやITの使用方法を教える。

【社会保健アシスタント養成教育 **本課程の能力目標**（14項目）】（抜粋）

●自分で適切なWTを使いこなし、新しい知識やテクノロジーを現場に導入する際にイニシアティブをとることができる

（社会保健アシスタント養成教育に関する法律）

(2) WTに関連した教育の取り組み例

①選択科目「テクノロジーへの理解」

＊西デンマーク・ナレッジセンターと社会保健職養成学校3校が共同開発した科目

＊他の職業教育で教授されている情報教育の内容を社会保健職の文脈に落とし込んだもの

主な内容：
- セキュリティ
- イノベーション・デザインプロセス
- プログラミング

②Digi-techコース

＊2018年に社会保健職養成学校 Sydに設置されたコース

＊4コムーネと共同開発

＊通常の社会保健アシスタント教育の全科目にWTの要素を盛り込む

＊他の養成学校に拡大

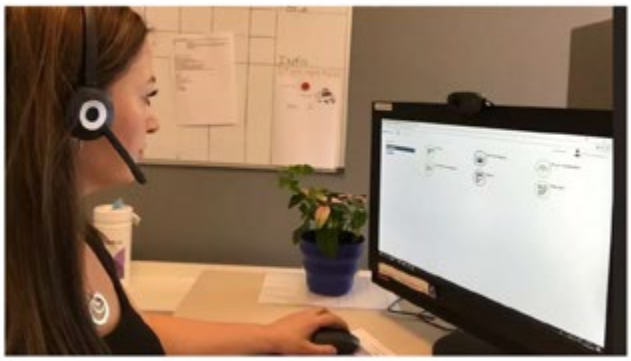
③コペンハーゲン市のWT研修コース

＊市に勤務する社会保健ヘルパーを対象としたWT研修コースを創設

＊モジュール1～4: 22日間

＊WTを備えた研修用アパートメントで実施

＊500人が研修修了することが目標



(3) WTナレッジセンター

- 全国に10ある職業教育ナレッジセンターのうちの２つ
  - 職業教育改革の一環として文科省が2017年～2018年に設置
- 教育と実践の連携を目指す

＜ナレッジセンターの目標＞

1．職業学校のデジタル化の取り組みをリードすること

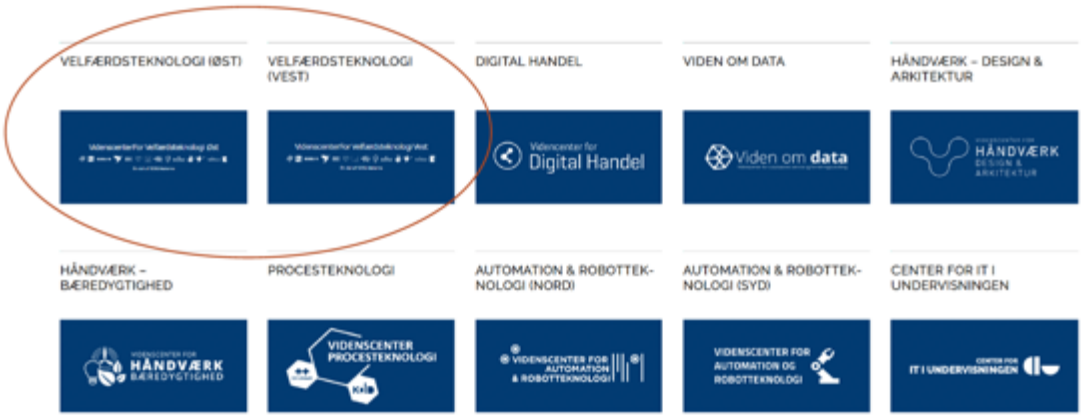
2．職業教育を受ける生徒の能力を可能な限り高めることに貢献すること

3．職業教育を受ける生徒がテクノロジーの発展に対応し、デジタル社会の労働市場で企業が求める能力をつけることに貢献すること

4．職業教育の地位を高めて、より多くの資源に恵まれた若者が職業教育を受けることを促すこと

5．職業教育がもつ環境をよりよく活用すること－知識の共有と協働の促進を含む

10のナレッジセンター



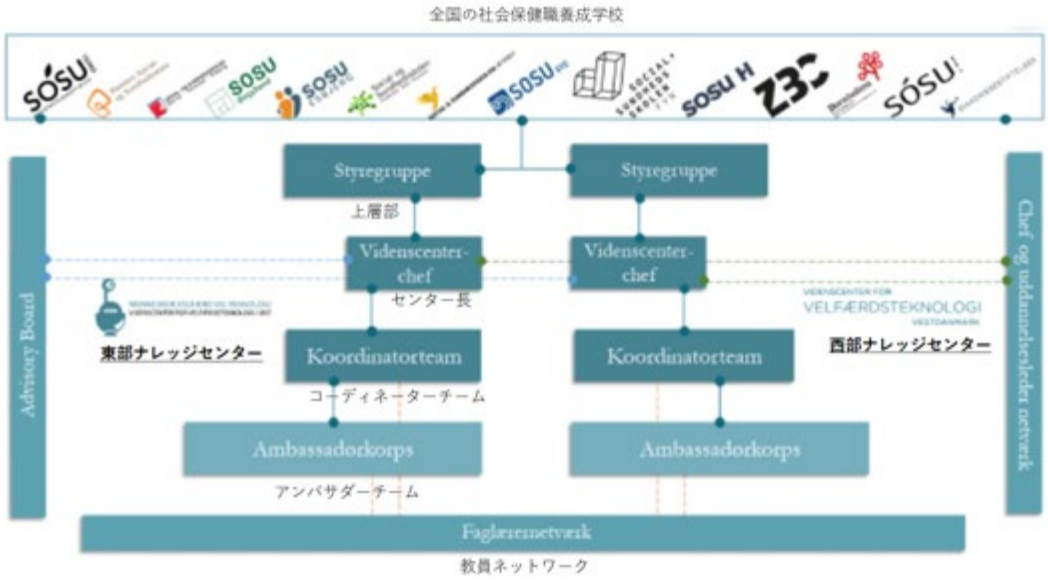
＊WTナレッジセンターのビジョン

- 専門性と教育の発展
- パートナーシップの架橋と強化

＊ミッション

- 知識の収集・発展・媒介と教育課程のデジタル化を支えるために知識を活用すること
- 将来の社会福祉の向上を支えるDXや新技術を見据えて、生徒のテクノロジー教養を高めること
- デジタル化が進む労働市場の最先端を走るために学校と教員の能力を高めると同時に個人の人間の尊厳と自立を尊重すること

ナレッジセンター組織図



協力パートナー

able
appinux
Arkisafe
AQUATIME
BALLAST
brain+
CARENET
HMN
inmu touch
Instituttet
INVACARE
KHORA
Laerdal
liftup
PROTAC
RotoBed
Shape Robotics
Spilerdug
SYNCSENSE
COBI REHAB
connec
Rehab
GLORIA MUNDI CARE
GUIDEN65
Guldmann
MEASURELET
MedicCare
MiN
MOTITECH
MultiCare
Oliz
turnAid
EFSEN
VENDLØT
viewcare
Wear&Care
ABN

東ナレッジセンターが提供するサービス

360 graders film

Emnepakker til undervisning

Elevhjørnet

Instruktionsfilm

Kursus katalog

Naturfagsfilm

Podcast serien Livet!

TechTimen

Udstyr og app katalog

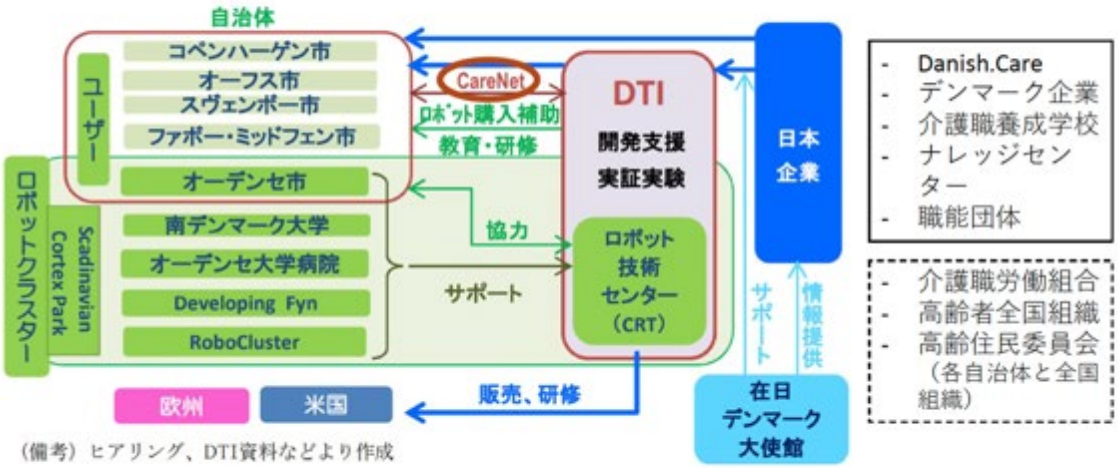
Vejledninger og koder

Videnscenterets apps

Velkommen til Praktikken

2．関連組織のプラットフォーム

デンマークにおける介護ロボット導入・実用化に向けた取り組み体制



（備考）ヒアリング、DTI資料などより作成

（出典：日本政策投資銀行, 2014に加筆）

CareNet

WTに関係する組織を束ねるデンマーク最大のネットワーク型組織．DTI、Danish.Care, オーフス市の主導により2008年に設立され，WTに関する情報交換、セミナーの開催，調査，発信などを行っている．2023年1月現在，102団体（省庁、基礎自治体，広域自治体、大学，養成学校，WTナレッジセンター、職能団体，業界団体、高齢者組織，メーカー，事業所等）が加盟（CareNet 2022）．

＊ DTI (Teknologisk Institut)：知見や技術を産業界で生かすためにさまざまなプロジェクトを行ったり情報やコンサルテーションを提供したりする非営利組織で1906年に設立 （Teknologisk Institut 2022）．

＊ Danish.Care ：WT関連企業の業界団体である．1981年にDansk Rehab Gruppeとして発足した組織が2018年4月からDanish.Careに名称を変更して運営している．加盟企業は約120社（Danish.Care 2022）．

17

CareNetの活動

- セミナー開催

2023年の開催予定

- 1/26 ウェビナー：読み書きに使うWT
- 3/2 ウェビナー：WTが使われなくなることを防ぐために
- 6/7 セミナー：自治体で使われているWTの実践報告
  （WTナレッジセンターとの共同開催）
- 10/10 年次大会：2023年のWT
- 時期未定 セミナー：肥満患者のWT
- 時期未定 セミナー：WTを活用した予防（コペンハーゲン市との共同開催）
- 時期未定 セミナー：社会的交流を促すWT

- メンバーのネットワーキングの支援
- WTに関する全国調査の実施
- 週1回ニューズレターの発行

18

オルボー市のコメント

CareNetのセミナーや大会に参加すると他の自治体とコミュニケーションをとることができ、どのようなテクノロジーを活用しているのか情報交換して学びあうことができる

あるメーカーのコメント

よいアイディアを思いついたらCareNetに連絡すれば、関連記事を作成してくれたり、セミナーを企画してくれたり、ネットワークに情報を流したりしてくれる。誰にとっても有益だ

毎年開催されるCareNetの大会で
調査報告や実践報告が行われる。

まとめ

- 社会保健職養成学校はWTに関する知識と能力を習得するための教育を提供しなければならないことが法律で定められている
- 社会保健職養成学校が主導するWTナレッジセンターが中心となり、教材、カリキュラム、研修を開発している
- 代表的なWTプラットフォームはCareNetで、国、自治体、企業、職能団体、高齢者組織、ナレッジセンターなど幅広い組織を有機的に結び付けている
- ネットワークは重層的に存在している
- 既存の関連組織のWTに関わる発信、プロジェクト、イベント、研究、開発等の活動も活発である

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

研究協力者　　小野　太一（政策研究大学院大学・教授）

フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格（ラヒホイタヤ）に関する報告

2022.9.28
政策研究大学院大学
小野太一

1

1993年　ラヒホイタヤ制度創設

（以前より森川先生をはじめとした研究の蓄積）

2015年　ECVETとの対応関係を意識したcompetency-based approachへの移行改革

（2016年2月　発表者現地訪問調査）

2017/18年　職業訓練法の改正

（2018年森川先生　2019年大西先生現地訪問調査）

2

報告内容

1．ラヒホイタヤの概要

2．創設過程

3．近年の制度改正
(Competency-based教育への移行)

4．質・量側面の将来予測

5．若干のコメント

ラヒホイタヤの概要

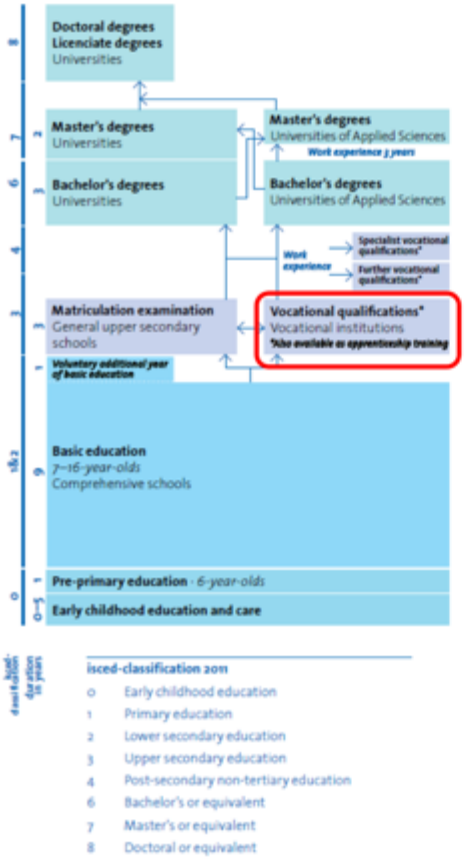
・ラヒホイタヤ：フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格
「基礎」にすぎないものであること
「資格」であること

・1993年に、保健医療分野と福祉（社会サービス）分野の10の資格を統合して成立した職種（保健医療分野：基礎看護師(Perushoitaja)、精神障害領域助手、歯科領域助手、小児領域助手、リハビリ領域助手、足ケア士、救急領域助手、福祉（社会サービス）分野：知的障害領域ケアワーカー、ホームヘルパー、保育助手）

・中卒（ただし義務教育終了16歳）。職業訓練校での教育（義務教育を終えた子どもの約50％程度は職業訓練校に進学）

・教育カリキュラムは次ページの通り。

・ラヒホイタヤの職能としての位置づけは名称独占のものであり、業務独占ではない。



フィンランドの教育システム

・義務教育は7歳～16歳の9年間。（ただし6歳の1年の就学前教育も義務化）

・義務教育終了後、一般教育（普通高校）又は職業訓練(vocational qualification)を行う教育機関（職業訓練校）に進学。職業訓練校には義務教育終了後の50％が進学。

・その後の教育課程も一般教育、職業教育に二分。ただし相互の行き来は可能。職業教育分野での高度教育の追求も可能となっている。
（看護師は”University of Applied Sciences”での教育）

図3　ラヒホイタヤ資格教育カリキュラム（2018年8月から）

2018年版　180 cps（職業能力ポイント competence points）
＊うち　30 cpsはOJTによる

個人のペースで取得（3年標準）

■全職業資格共通教育（教養）　35 cps（下記必修＋選択）
・コミュニケーション・相互関係スキル　Communication and interaction skills（11 cps）
・数学・自然科学のコンピテンス　Mathematics and natural sciences competence（6 cps）
・社会・職業生活スキル　Social and working life skills　（9 cps）

■義務的資格単位（Compulsory Qualification Units）　55 cps（職業能力分野の選択前に必修）
1．成長と包摂の促進　Promoting growth and inclusion（25 cps）
2．健康・機能・ウェルビーイングの促進
Promoting health, functional ability and well-being（30 cps）

■職業能力分野　（1分野選択）　75 cps（2つの義務的資格単位で構成：40 cps+35 cps）
1．子ども・若者の教育・ケア　Education and care of children and youth
2．メンタルヘルスと薬物乱用　Mental health and substance abuse
3．高齢者のケアとリハビリ　Care and rehabilitation of older people
4．医療的処置　Medical treatment
5．障害への対応　Disability work
6．フットケア　Foot care
7．口腔ケア　Oral care
8．応急処置の基礎　Basic level of first aid

■自由選択　15 cps　2つの選択分野（Optional degree units）より選択
Unit(1) 職業能力分野の専門的内容
Unit(2) 職場での指導的な働き方、ビジネス計画・企業での働き方、地域特性に応じた技能、他の基礎職業資格またはより高度な職業資格（上級職業資格、専門職業資格）、大学レベルの学習、共通教育（教養）ないし他の後期中等教育の学習

出典）National Agency of Education 2018年3月ヒアリング時入手資料より作成

（森川（2018））

参照：大西（2020）、 Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto - ePerusteet (opintopolku.fi)

トータルで必要な180cpsのうち、

・全職業資格共通の教育35cpsは、コミュニケーション・対人スキル11cps（フィンランド語など）、数学・自然科学のコンピテンス6cps（与薬業務等に必要なため）、市民生活・職業生活スキル9cps（権利義務、WLBなど）、選択9cpsで構成される。

・145cpsは必修130cpsと自由選択15cpsに分かれる。必修130cpsの内容は、専門領域によって次の8つのコースに分かれる。
- 足病ケア（podiatric care）
- 子どもと若者の教育とケア（children's and youth education and care）
- 高齢者ケアとリハビリテーション（care and rehabilitation for elderly people）
- 基本救命救急（basic life support）
- 看護とケア（nursing and care）
- メンタルヘルスおよび薬物乱用（mental health and substance abuse work）
- 歯科衛生（oral health care）
- 障がい者ケア（care for the disabled）

・「義務的資格単位」のうち「成長と包摂25cps、ウェルビーイングと機能的能力の促進30cps」（計50cps）は、「基本救命救急」以外のコースについては共通で「職業能力分野」の選択前に必修。
・「職業能力分野」とあわせた必修130pcsの例　（組み合わせは次ページ）
専門領域「高齢者ケアとリハビリテーション」：
　上記55cps＋在宅介護業務40cps＋高齢者の参加促進35cps。
専門領域「子どもと若者の教育とケア」：
　上記55cps＋小児の発達・ウェルビーイングと学習40cps
　＋小児・青年と家族の健康とウェルビーイング35cps。

表3　職業能力分野を構成する2つの義務的資格単位（compulsory qualification uni)

Competence area 職業能力分野	education and care of children and youth 子ども・若者の教育・ケア	mental health and substance abuse メンタルヘルス 薬物乱用	care and rehabilitation of older people 高齢者のケアとリハビリ	medical treatment 医療的処置	disability work 障害への対応	foot care フットケア	oral care 口腔ケア	basic level of first aid 応急処置の基礎
Compulsory qualification unit 義務的資格単位 (1) 40cps	Promotion of children's growth, wellbeing and learning 子どもの成長・ウェルビーイング・学びの促進	Working in mental health and substance abuse work メンタルヘルス薬物乱用対応における働き方	Working in home care work 在宅ケア活動における働き方	Working in home care work 在宅ケア活動における働き方	Maintaining and promoting functional ability in disability 障害における機能の維持改善	Working in footcare work フットケア活動における働き方	Working in oral nursing work 口腔看護活動における働き方	Working in emergency care work 救命救急活動における働き方
Compulsory qualification unit 義務的資格単位 (2) 35cps	Promotion of children and youth and their family's health and wellbeing 子ども・若者とその家族の健康・ウェルビーイングの促進	Networking work for mental health and substance abuse patients メンタルヘルス薬物乱用患者のためのネットワーキング	Promoting the involvement of older people 高齢者の参画involvementの促進	Working in medical care work 医療ケア活動における働き方	Promoting inclusion in disability work 障害対応における包摂の促進	Working in the promotion of foot health 足の健康促進における働き方	Working in the promotion of oral health 口腔の健康促進における働き方	Working in acute nursing work 急性期看護における働き方

出典）National Agency of Education 2018年3月ヒアリング時入手資料より作成

（森川（2018））

報告内容

1．ラヒホイタヤの概要

2．創設過程

3．近年の制度改正
(Competency-based教育への移行)

4．質・量側面の将来予測

5．若干のコメント

導入の経緯（契機・社会環境の変化）

1993年のラヒホイタヤ創設の直接の契機となったのは、1989年8月14日に市レベルの自治体組織3団体（フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合）が連名で、職業教育委員会（国家教育委員会の前身の政府組織）に対して保健医療分野と福祉分野の垣根を取り除いた幅広い教育資格の必要性を要望したことに始まる。
背景としては、

・1984年の制度改正により保健医療福祉事業のナショナルミニマムが達成されるとともに、社会的入院の是正とオープンケア（在宅ケア）が充実したこと、

・その流れを受け1980年代後半以降国の補助金制度の改革を争点に自治体が自治の拡大を求めるようになったこと、

・同時並行的に起きたソ連崩壊に起因する経済不況ともあいまってサービスの質、効率性、経済性への要求が高まったこと、

が挙げられる。要望書においては、高齢者数の増加、労働人口の減少、子どもの減少といった社会の変遷により保健医療福祉分野の自治体職員が異なる職務間で需要に応じ柔軟に移動できる準備性と、同時に高い専門性が求められるであろうと指摘し、職業教育委員会に対し、全ての中等教育レベルでの保健医療及び福祉分野の職業教育が不可欠なものか、及びそのうちどれが統合可能かを判断し、教育の構造と内容の発展に向けた行動をとることを求めた。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol1. No.1）

導入の経緯（提案の提示）

これを受けた職業教育委員会は、同年秋に教育内容の改善に関して社会福祉庁及び医療庁に呼びかけ検討を開始し、翌1990年4月に3者の連名で議論のメモランダムの形で提案をまとめた。（略）

具体的な提案として、職業教育資格として1つの資格（「基礎レベル看護師」(“Perustasonhoitaja”)）とするか、2つの資格（「児童・青少年ワーカー」(“Lapsi- ja nuorisotyöntekijä”)及び「成人・高齢者介護士」(“Aikuis- ja vanhustyöntekijä”)）とするかの2案を提示した。1つの資格とする第1案に比べ、2つの資格とする第2案は児童・青少年又は成人・高齢者分野それぞれに特化した内容をより深く学び、分野毎の準備性を高めることができるようになる一方で、第1案の方がより幅広い分野について広く浅く学ぶことができるため、別分野に移る際に、追加で教育を受けることで別の専門性を容易に深められるという違いがある。（略）

その上で第1案の方が望ましいとした。その後、利用者・資格保有者自身・雇用者の視点、学生にとっての教育コースの魅力、教育定員数、上級教育課程への継続性、費用等について検討の論点が提示され、最後に1992年秋から実施可能であるが、実施するのであれば1991年はじめには意思決定がなされている必要があるとのスケジュールが示された。

提案は同年4月10日付けで18の関係団体に対し約1ヶ月後に意見提出するよう公式に照会され、同年61日に当該18団体、及び33の情報提供先からの意見を集約した資料がまとめられた。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol.1. No.1）

創設に向けた利害調整

表1　意見提出した関係団体とその当初の姿勢(1990年6月段階)

＜意見照会された団体＞

【第1案に賛成】(*)

フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合、社会保険庁、自治体雇用者組織、フィンランドホームヘルパー協会(SKH)、主任看護師協会、フィンランド職業学校学生中央連盟(SAAKI)内ソーシャルワーク及び社会科学分野部門、フィンランドヘルスケア分野学生連盟(TERHOL)

【第2案に賛成】

ヘルスケア分野職員組合(Tehy)

【保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行】

自治体職員連合(KTV)、ソーシャルワーカー組合、教員組合(OAJ)、ソーシャルワーク分野教育委員会

【否定的】

フィンランド基礎看護師協会(SuPer)(**)、病院連合

【その他（どちらを支持か不明確、気づきやコメントが主）】

ヘルスケア教育組織校長委員会、ヘルスケア教育委員会

(*)これらのほか、提案者である医療庁と社会福祉庁も別々に意見書を提出してきた。

(**)SuPerは2007年現在で組合員の8割弱がラヒホイタヤであり、残りは前身の資格者となっている（森川(2009), pp.134）。

（出典："Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990"（「会議招集1990年6月14日及びSOLA－ワーキンググループのメモランダムに関する意見書まとめ」、FNBE提供）

この段階で否定的な意見であると整理されたのは、病院連合と、後にラヒホイタヤの最大の労働組合となるフィンランド基礎看護師協会(SuPer)であった。しかしながら病院連合は、中等教育レベルでの基礎資格統合の提案が病院の需要を満たすものではないという立場での反対であり、保健医療分野と福祉分野の関連資格は廃止統合されるべきで教育改革の提案根拠は正しいとしており、明確に否定的な意見であったのは基礎看護師協会のみであった。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol.1. No.1）

創設に向けた利害調整

基礎看護師協会は提案の内容についてのみならず、作成過程に関しての問題を指摘していた。内容面での意見としては、保健医療分野の（職業訓練）教育レベルの資格は基礎看護師であるべきであり、名称もそのようにすべきとした。また、（これは他の団体と同様）中等教育のみに着目している点や、既存資格者の移行措置について言及されていない点が指摘されていた。作成過程に関しては、3者の提案作成過程において意見を述べる機会が与えられなかったことを問題視するとともに、保健医療分野のみならず福祉分野においても当時制度改正が行われたばかりであり、状況が落ち着くのを待ち、十分な経験が積まれ、改正の影響についても評価された上で次に進むべきであるとしていた。

（略）関係団体等の意見が集約された後、教育省に議論は引き継がれ、1990年12月に、4月のメモランダムによる提案を基に、よりシンプルな形で新たな訓練構造と施行スケジュールをまとめるためのワーキンググループが設けられ、それに基礎看護師協会も相談役として参画した。

ワーキンググループの提案は1991年8月にまとめられた。これは第1案に基づき、福祉分野の3職種と保健医療分野の7職種を1つの幅広い職業資格として取りまとめたものであったが、基礎看護師協会は準備過程で発言をすることができたことからも、注意深くではありながらも賛成の姿勢を示した。ただし教育期間に関し、全体で2.5年、うち2年間はコア科目、0.5年間が専門分野とされたことについては、看護にかかる専門学習はより長期間であるべきであるという姿勢であった。

（略）

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol1. No.1）

当時の保健医療福祉制度改革全体の潮流における位置づけ

自治体組織3団体が連名で保健医療福祉分野の基礎資格の共通化の提言を行った5年前の1984年に、同分野の国から自治体への支出金制度改革（VALTAVA改革）が実施された。（略）

VALTAVA改革により1980年代後半に在宅サービス中心への構造転換が全国で進んだが、自治体が量的な増大に力を入れたこともあり、国庫負担金の支出増が課題となるとともに、サービスの質についての進展は量的な開発より遅かった。同時に全国計画制度を用いた国による自治体の統制も行われた。サービスが一通り普及すると、今度は自治体から地方毎のニーズに対応すべく自治の拡大が求められるようになり、一方で支出の効率性に関する疑問も生じるようになった。

こうしたことから、1989年1月20日、時の内閣が歳出抑制と国家公務員の削減の方針を打ち出すとともに、財務省事務次官経験者に、自治体財政の健全性確保に向けた改正案の作成を委任し、同年12月、保健医療福祉事業及び教育文化事業への包括補助金の導入の提案を含む改革案が提示された。（略）省庁間、また議会サイドとの調整に時間がかかり、91年3月の国会選挙と政権交代も経て、最終的な改革案は同年8月にまとめられ、翌92年2月に法案は国会に提出された。改革は93年1月1日に施行され、これにより保健医療福祉分野に包括補助金制度が導入されるに至った。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol1. No.1）

自治体が主導した当日の改革の一環としての側面

89年8月の自治体3団体の連名での保健医療福祉基礎資格の共通化の検討要請も、こうした流れ、すなわちVALTAVA改革が一定の成果を見て高齢者在宅サービスの普及が図られる中で、国の統制を嫌い自治、自主性の向上を目指した自治体が補助金改革を要求するのとほぼ同時期であったことに注目したい。93年改革で民間委託も進められ始めることになるが、保健医療、福祉および教育事業は自治体の義務となっており、サービス供給量の一定の底上げがなされたら、質を求める住民の要求に応えなければならなくなることは容易に想像できる。人材も含め限られた資源の中で住民の要求に応えようとする自治体には、国の統制下での画一的なサービス提供ではなく、地域の実情に合わせた形でのサービス提供が容易となる環境整備を求めるインセンティブが働くこととなる。その際、サービス供給の直接の雇用主でもある自治体からすれば、多くが自治体職員であるケアワーカー等の資格が細分化されていることは、柔軟性を確保する上で桎梏となりかねない。そのために、補助金改革と並行して人材についても制度改正を求めたとの構図で捉えることが可能であろう。また折からの不況に伴う財政支出抑制、サービス効率化の要請、また柔軟な労働市場への転換の必要性も、その要求の追い風となった。

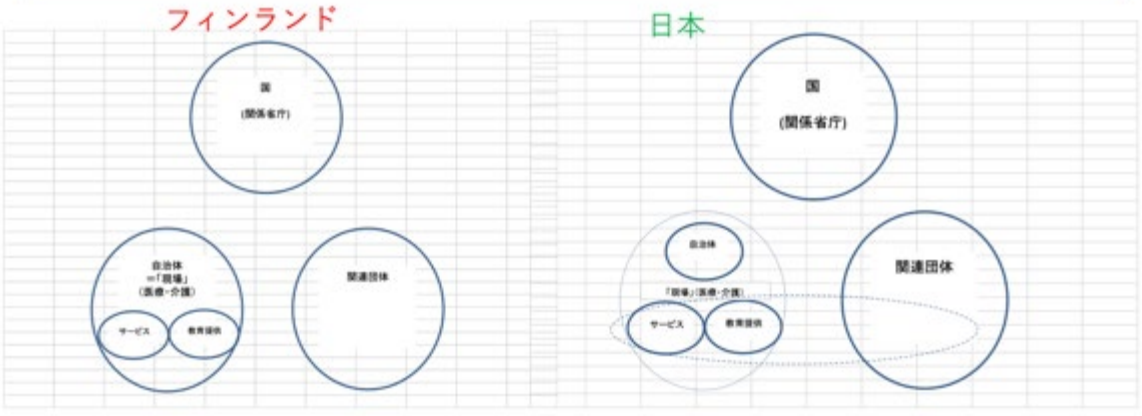
福祉国家の発展により1985年には地方自治体は中央政府の2倍の歳出規模となり、1980年代において「重要な利益団体のすべてが選挙によって地方自治体に代表者を送り込むようになると、政治権力は国家レベルよりも地方レベルに集まるようになった」と評されるほど、フィンランド政治における自治体の地位は強固なものがあった。

しかしながら自治体からの提言が真摯に受け止められ、短期間にドラスティックな改革にまで至ったことを理解する上では、これらの前提に加え、自治体ないし自治体連合自身がケアワーカー等の雇用者というだけでなく職業教育の提供者であり、資格制度改正を行う場合に当然に自らも様々な面での負担を負う当事者であったことも視野に入れるべきと考える。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol1. No.1）

日本との構図の違い

保健医療福祉資格の「教育」「サービス」の現場についてみると、（略）フィンランドでは自治体が保健医療、福祉のサービス提供主体の中心を占めており、職業訓練教育機関についても同様である。他方我が国では、保健医療分野と福祉分野とでは主体は異なるが、サービス提供に関しては民間の医療法人や社会福祉法人、個人開業医等が中心である。また教育に関しても学校法人や官民の病院の設置主体が教育機関を設置するなど様々であり、関連団体と現場との二重性がフィンランドに比べ高い。



（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol1. No.1）

報告内容

1．ラヒホイタヤの概要

2．創設過程

3．近年の制度改正
(Competency-based教育への移行)

4．質・量側面の将来予測

5．若干のコメント

コペンハーゲンプロセスへの対応１　（2015年改革）

（参照：小野（2016）「地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ（Lahihoitaja)教育の動向等）」H27年度厚労科研西村班）

・コペンハーゲンプロセスとは
欧州諸国において、職業教育分野の欧州間協力の枠組みとして、2002年のコペンハーゲンにおける関係大臣等の会合を契機に開始されたイニシアティブ。職業教育分野において、知識、技能、能力の透明化と認証、また質の保証を推進するために行われているもの。

・共通の資格枠組み(EQF)：各国の資格のレベルや、当該資格保有者の知識等の水準を比較可能とするため、資格取得に必要とされる学習成果を知識、技能、能力の3つに類別し、達成の難易度に応じた8段階に分けたもの。ラヒホイタヤは下から4番目。（下図）

表 2. 保健医療福祉分野の資格と資格枠組み（EQF /FINQF）・教育レベルとの対応関係

EQF /FINQF	教育レベル	保健医療福祉分野の関連資格
Level 8	博士号、一般幕僚、 医科歯科専門研修修了	医師 歯科医師
Level 7	修士号（大学、職業大学）	看護師 ソーシャルワーカー（大学の社会福祉分野の修士号） ソシオノミ（職業大学の社会福祉分野の修士号）
Level 6	学士号（大学、職業大学）	看護師 ソーシャルワーカー（大学の社会福祉分野の学士号） ソシオノミ（職業大学の社会福祉分野の学士号）
Level 5	専門職業資格	メンタルヘルス、薬物中毒、知的障害対応などの分野の専門職業資格
Level 4	後期中等教育終了：高卒、基礎職業資格や上級（追加的）職業資格の取得	ラヒホイタヤ（practical nurse: 保健医療福祉分野の共通基礎職業資格。名称独占）
Level 3		
Level 2	基礎教育終了：中卒レベル	
Level 1		

（大西（2020））

コペンハーゲンプロセスへの対応１　（2015年改革）

（参照：小野（2016）「地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ（Lahihoitaja)教育の動向等）」H27年度厚労科研西村班、）

・ECVET：職業教育単位制度。1年間のフルタイムの職業教育での学習成果を60ECVET単位とし、協定関係のある機関の間で資格取得に必要な単位の互換を可能とする仕組み。

・2015年の職業資格の要件・規制に関する改正では、ECVETとの対応関係を意識し、competency-basedアプローチが強化される。

図2　ラヒホイタヤ資格教育カリキュラム（2010/11年時点）

出典）森川（2016）

森川（2018）

2010年版のカリキュラムでは単位制がとられているが、現在では前掲のようにコンピテンシー制に変更されている。

コペンハーゲンプロセスへの対応２　（2017/18年改革）

・職業教育訓練をあらゆる年代・多様な人を包摂した「生涯にわたる学びlife-long learning」支援システムとして充実させることを主眼に置いた職業訓練法の大幅改正（2017年）（森川(2018)）

＜学生にとって何が変わるか＞　（新卒：中学校レベル修了者）

改正前	改正後
全員が3年間在籍し、同じペースで進む。	より柔軟な学習：重要なのはコンピテンシー。時間ではない。学生に応じた進度の柔軟性。
351の職業資格	より少数かつ広範囲の資格：164の資格。より多くのオプションでの学習。資格の中での専門化。
新卒は同一のプロセスで出願、社会人は経年出願	経年での柔軟な入学：経年出願を原則化。新卒とその他の者で同一のプロセス。
新卒、社会人（コンピテンシーベース）、徒弟制度ごとに異なる訓練過程	個人に応じた学習過程：すべての者が個人の「コンピテンシー開発プラン」に基づき、助言、支援を受けて学習。
資格ごとのコンピテンシー	ニーズに見合うコンピテンシー：新卒者が得られる包括的な資格。他のコンピテンシーへのニーズは資格の一部として対応。
全員に概ね同じ教育内容	欠落するコンピテンシーを満たすことに焦点：コンピテンシーを有しない部分のみ学習。
教育施設と職場での学び	より柔軟な学びの環境：柔軟な学びを職場、教育施設、また徐々にバーチャル環境において。
徒弟制度、OJT	職場での学び－雇用へのハードルを下げる：徒弟制度、訓練協約、それらの柔軟な組み合わせ
職業後期中等教育：教育施設でのスキルの証明、評価や参加。コンピテンシーベースの教育：コンピテンシーベースでの試験。	資格取得への道を単線化－スキルの証明：職業人としてのコンピテンシーは主に実際の職場での業務実践によって証明。
先生と実務家が一緒、あるいは別々に評価	職業能力の評価への実務家の強い関与：被雇用者と教員が一緒にコンピテンシーベースの資格を評価

コペンハーゲンプロセスへの対応２　（2017/18年改革）

・職業教育訓練をあらゆる年代・多様な人を包摂した「生涯にわたる学びlife-long learning」支援システムとして充実させることを主眼に置いた職業訓練法の大幅改正（2017年）（森川(2018)）

＜教育機関にとって何が変わるか＞　（新卒：中学校レベル修了者）

改正前	改正後
後期中等職業教育訓練法、成人職業教育訓練法	職業教育訓練法：コンピテンシーの必要性により自由かつ柔軟に対応。若者と成人の教育に垣根を設けない。
教育省の2つの（学校への）免許。資格委員会との契約に基づきコンピテンシーベース教育提供。	教育提供の単一の免許：職業試験実施と教育両方について、統一されたライセンス。
新卒向け教育、高等職業訓練、徒弟制度ごとに異なる補助措置	統一された補助措置：中退減少策支援（全ての学生へのフォローを推奨）、学習期間短縮化と労働力必要分野に導く教育、教育に係る決定の分権化
学生の数に応じた補助措置、成果に応じた助成はあまり使われない	資格取得と成果に応じた補助：50％の基本補助で全ての分野・学生の教育を保障、35％は資格取得等に応じ補助、15％は雇用と上位進学に応じ補助
351の資格、細分化した資格の画一的な仕組み	より限られた、広い分野に通じる資格：164の資格、多くのオプションでの学び、資格の中での専門化
3つの教育過程、4つの異なる個別化の過程	より限られた過程：コンピテンシー評価の運用計画（質管理システムの一環）、個人ごとのコンピテンシー開発プラン（HOS）
91の国家資格委員会、職業能力の確認組織を教育機関が設置	より少ない管理組織－運用負担の軽減：約40の国家委員会
業務、クラスへの教員責任、教育機関での教育	教員の業務の多様化：専門性の共有、協働。様々な環境での業務、仕事場での教員による指導、教員業務における指導、コーチングの比重増
コンピテンシーベース教育は資格委員会が資格認定、職業後期中等教育は教育機関が資格認定	教育機関が資格認定：教育機関による資格認定・付与、業務の重複の削減
EU、EEA以外に教育や資格を輸出する可能性は限定的	全ての職業資格、一部資格、教育をEU、EEA以外への輸出可能

参照：大西(2019)及びフィンランド教育文化省HP "WHAT WILL CHANGE FOR THE STUDENT IN VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING?"及び" WHAT IN VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING WILL CHANGE FOR EDUCATION PROVIDERS"

報告内容

1．ラヒホイタヤの概要

2．創設過程

3．近年の制度改正
(Competency-based教育への移行)

4．質・量側面の将来予測

5．若干のコメント

教育に係る質・量両面での将来予測　1．質的予測

国家教育委員会が行うVOSEモデル（質の面での将来予測、保健医療福祉に限らない）に基づく高齢者向け保健医療福祉サービス分野の人材の質的予測

・向こう15年間の高齢者向けサービス分野の変化について4つのシナリオを設定し、シナリオの「幅」の範囲内で求められる職業能力とスキルにかかるニーズを予測。

・職業能力とスキルを教育課程（レベル）毎に落とし込むため、従事する就業者の教育レベルごとに整理（アシスタント・支援員レベル、中等職業訓練教育（ラヒホイタヤ等）、専門大学レベル（看護師、社会福祉士等）、大学教育レベル（医師等））。

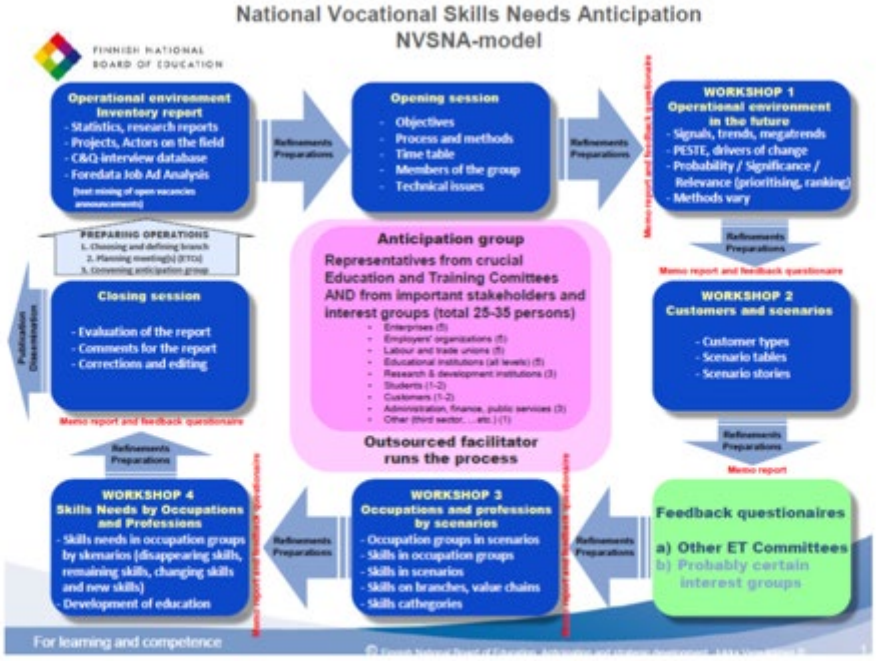
・予測は委員会の専門家の議論で導出し、実務者へのインタビューで検証。

・中等職業訓練教育、専門大学、大学教育ごとに改革の方向性をまとめ。

・予測は「当てること」を目的に行うのではなく、未来において必要となる能力の模索や、教育関係者がメガトレンドをフォローするために実施。

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

【図１：職業能力に係る質の将来予測の方法の模式図】



出典：FNBE 提供資料（2016）

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

教育に係る質・量両面での将来予測　２．量的予測

MITENNAモデル（量の面での将来予測、保健医療福祉分野に限らない）に基づく保健医療福祉サービス分野の人材の量的予測

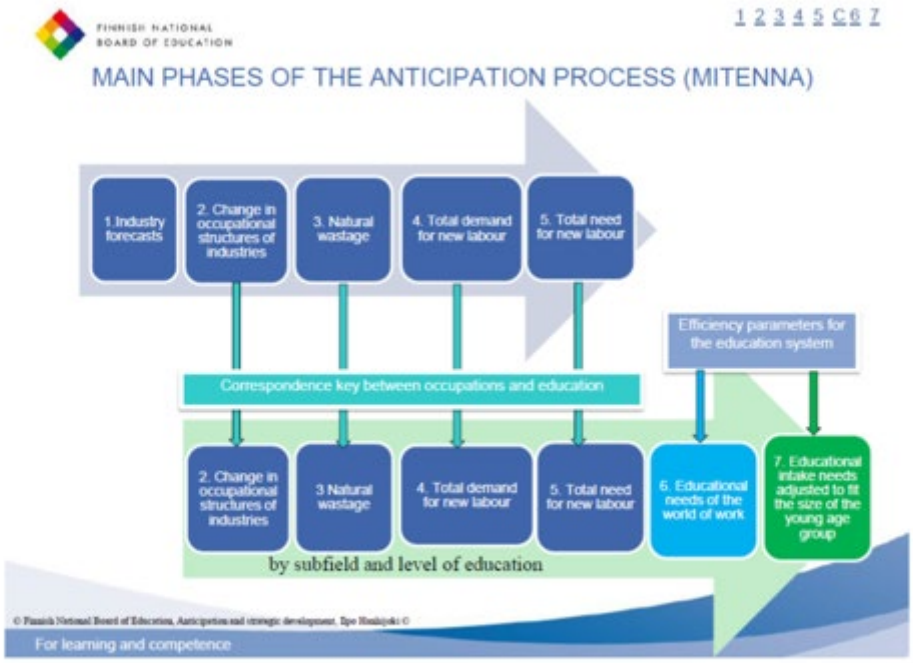
・経済調査センター(The Government Institute for Economic Research (VATT))の実施する活動分野ごとの複数の経済・雇用シナリオに基づき実施。労働力需要の変化と、定年退職などを含む労働力の減少を職業別に見る。新たな労働力への需要の職業別割り出し、分野、教育レベル毎の必要学生数の予測。

・すべての学年の初等教育（中学レベル）及び初等高等教育（高校レベル）を卒業した若者が、何らかの職業教育またはプロフェッショナルとしての教育を続けることができるように必要提供数を計算すると、合計で１学年約95,800人分の教育提供数（1学年約61,800名なので１人当たり１．５５）が必要と計算される。その中で、保健医療福祉・スポーツ分野については現在よりも相当多くの教育提供量が必要との予測。

・国全体としての大枠の数を教育文化省に提供することになり、その数を基礎として個々の教育機関と教育文化省が協議をした上で学生の定員数を決定。各学校においては、地域の職業現場のニーズに合わせてどの分野に定員を割り当てるかを定めることができるが、教育文化省が定めた定員数を超えることはできない。

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

【図２：職業教育に係る量的な予測モデル(MITENNA)の模式図】



出典：FNBE 提供資料（2016）

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

報告内容

1．ラヒホイタヤの概要

2．創設過程

3．近年の制度改正
(Competency-based教育への移行)

4．質・量側面の将来予測

5．若干のコメント

日本への示唆（基礎資格である点の再認識）

（1）基礎資格である点の再認識

第1点目としては、ラヒホイタヤの裁量は相当広いものがある一方で、保健医療福祉分野の「基礎」資格であることは関係者の間の理解であることを再認識すべきである、という点である。（略）制度設計上は共通基礎資格とすることで専門間の移動も可能なフレキシビリティを想定していたが、実際にはすべての分野について専門性を持っている者はいないであろうという指摘もあった。また名称独占資格であるラヒホイタヤには委ねきれない部分－医学的側面や教育的側面－もあることが示唆された。さらに専門性という観点からは、教育機関の関係者からも消極的なコメントが伺えるとともに、特に、「職業能力分野」（略）専攻について、採用に際して考慮され、専攻が違う場合には学びなおすのが通常といった指摘もあった。

また、（略）職員の教育レベルごとの「より強化されるポイント」のラヒホイタヤに求めるものと看護師や社会福祉士に求める点の違いを見ると、後者については意思決定能力や研究開発能力、サービスの質等の評価や自身の活動への批判的評価など、サービス提供者としてのあるべき論を超えたメタ的とも言えるポイントについて言及がなされている。ベーシックなラヒホイタヤの資格があくまでも「基礎」資格であることが認識される。（略）「中卒3年でどの分野でも働くことができる万能の資格」という理解は、若干過大な評価であるようにも思われる。（略）

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

日本への示唆（現実主義、実践主義、合理主義の徹底）

（２）現実主義・実践主義・合理性の徹底という考え方の通底

2点目は、徹底的に実践主義的であり、現実主義的、合理的である職業訓練教育、また保健医療福祉の現場の在り方である。

まず（略）1990年代以降の一連の職業能力改革が、実学志向性を強く有していることが挙げられる。特に2015年8月からの改革においては、（略）「何を学んだか」ではなく「何ができるようになったか」で学生の能力を判断するようになったところである。このことは、ある意味では学びの機会の多様性を保証するものであるが、逆に言えば「できるならいつまでも学校にいないで早く就職せよ」ということを促しているとの理解も可能である。学費も無料、また若年者の学生であれば給食費も無料、高い教育レベルかつ現場経験を有する教員といった恵まれた環境についても同様に、教育投資を惜しまない代わりに、働き社会に貢献することに関し背中を押しているようにもとらえ得る。専門コースについても、学校はラヒホイタヤがカバーする（当時）10の専門分野について全てを提供する必要はなく、地域の現場のニーズに応じたコース設定とすることができるとされており、学生が学びたいと考える専門が必ずしもすべての場合叶うわけではないことも、ある意味学生に対して「仕事に就きたければこの分野を学ぶべし」ということを促しているとの理解も可能であろう。

また、成人（社会人経験者）教育についても、職業能力にベースを置いた考え方が従前より徹底しており、今般の改革においてもその点がより強調されていることは、彼らにより早期に必要なスキルを提供することの支えになるものと思われる。また、社会的には量的にも必要されているものの学生の人気は相対的に低い高齢者ケアに関し、成人（社会人経験者）学生の心構えと姿勢、態度を評価する意見や、学生自身の経験として、変動の激しいＩＴ分野からの転職希望者の声を複数聞くことができたことも、職業教育制度とその中で教育を施し、受ける教員と学生の現実主義、実践主義の側面を示すものであり、示唆に富む。

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

日本への示唆（現実主義、実践主義、合理主義の徹底）

次に、ラヒホイタヤよりも資格としては十分なものではない「ケアワーカー」について、学校の現場でもいいとは思わないとしつつもそのためのコースが設けられており、現場においてもその存在が受けられていることが挙げられる。ラヒホイタヤの立場からすれば、ケアに関する教育の水準も低く、より安価に雇用され、職域を脅かす「ケアワーカー」の養成に関しネガティブな考えもあり得ると思われる（教員からはネガティブなニュアンスのコメントが聞かれた）が、ヒアリングしたナーシングホームをはじめとした現場での需要があるからにはそのための教育コースを設けたうえで、必要な履修科目を定めて一定のケアの質は確保されるようにしていることや、政府の高齢者向けケア人材の質的将来予測において、将来的には「ケアワーカー」のような教育水準の者の養成が予測され、実際にどういった教育とすべきかの提案まであることは、現実主義的かつ合理的な発想が徹底されていることを物語っている。

さらには直接的には保健医療福祉や教育施策から言えることではないが、税務データからラヒホイタヤの就業状況について把握が可能であり、当該データと資格に係る登録データのマッチングが可能である。有資格者の就業状況の把握が容易に可能である（THL）ためには、何らかの形で税務と資格に係る登録データが紐づけられていて、それを政府部内で使うことが容易である必要がある。そうした紐づけられたデータを用い、政府が個人に対して例えばケア人材としての再就職の働きかけなどをし得るかどうかは確認できていないが、少なくとも社会的な投資の下で個人が身に着けたスキルが社会全体において有効に活用されているかどうかの検証を行う上で必要なエビデンスが容易に把握できることは、効果的な施策を検討する際に有用であり、数字の正確性の面も含め、合理的である。

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

日本への示唆（政策形成過程）

以上の通り、我が国との相違点が多々存在するフィンランドのラヒホイタヤの創設過程ではあるが、最近の我が国のケアサービスの「質」「量」両面での問題関心から来るラヒホイタヤへの関心の高まりを踏まえ、それを参考にして我が国の保健医療福祉人材の在り方について議論を前に進めていこうとするのであれば、現時点での静態的な実態－資格が含む職能の範囲や教育制度、カリキュラム、あるいは勤務先やそこでの業務範囲など－に加え、本稿で指摘したような、フィンランドの保健医療福祉、教育の両セクターの特質（特に地方自治体の役割と国の関与の手法）や、歴史的な経緯から導かれる教訓を活かして議論を進めることが肝心と思われる。

特に筆者としては、サービス提供及び教育の両面にわたり安定的な供給に関し利用者に対して直接の責任を有する主体－フィンランドの場合には地方自治体－がまず提唱し、職能を中心とした視点ではなく、また保健医療福祉セクターだけの視点でもない、国全体の経済社会構造を見通した将来の在り方を示して合意形成に至ったこと（現在行われている将来予測においてもマクロ的見通しをまず示すことは受け継がれていること）、及び合意形成に際しては当初反対の意向を示していた関連職能団体を制度設計の議論に巻き込み、意見を十分取り入れた上で合意形成を行ったことの2点については、再度認識をした上で、議論を進めていくことが望ましいと考える。

（出典：小野（2016）「ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆」、『社会保障研究』Vol.1. No.1）

GRIPS

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格（ラヒホイタヤ）に関する追加報告

2023.2.22

政策研究大学院大学
小野太一

報告内容

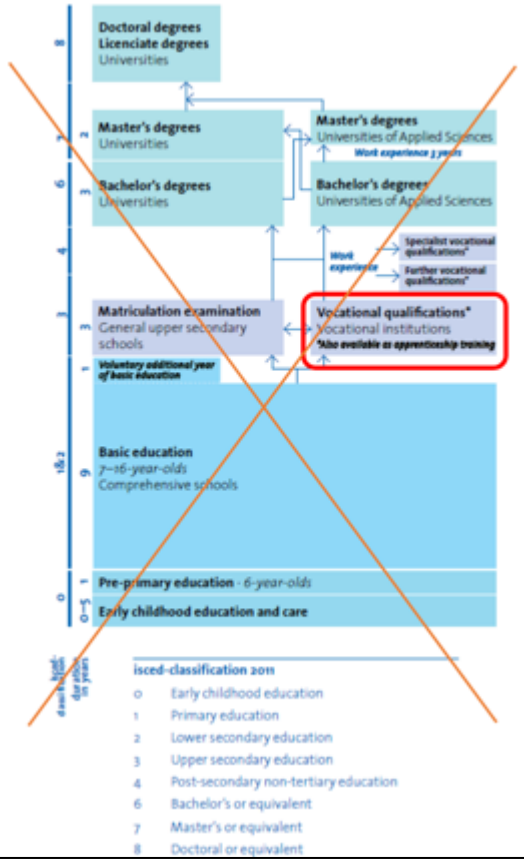
1．義務教育に関する制度変更

2．労働市場と保健医療福祉資格の関係

3．在学中の学生の生活保障
（「資格」取得手段の多様性）

4．教育の質保障システムと量的担保の方策

前回スライド

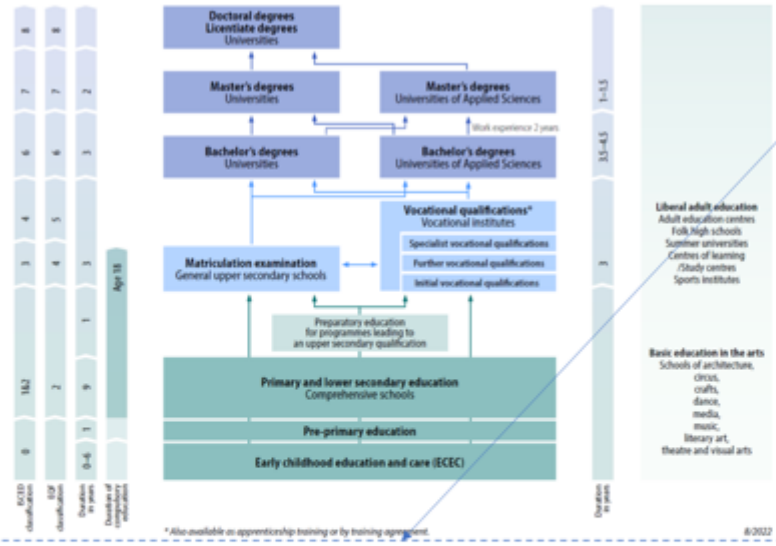


フィンランドの教育システム

・~~義務教育は7歳～16歳の9年間。~~（ただし6歳の1年の就学前教育も義務化）

・義務教育終了後、一般教育（普通高校）又は職業訓練(vocational qualification)を行う教育機関（職業訓練校）に進学。職業訓練校には義務教育終了後の~~50%~~が進学。

・その後の教育課程も一般教育、職業教育に二分。ただし相互の行き来は可能。職業教育分野での高度教育の追求も可能となっている。
（看護師は"University of Applied Sciences"での教育）



義務教育の延長は社会の不平等の根源となる教育格差を解消し、若者たちの「脱落」を未然に防ぐことが目的だ。リー・アンデルソン教育相は読売新聞の取材に「高校や職業訓練学校を卒業すれば、労働市場が求める『最低限のスキル』の証明になる。政府は多くの若者に機会を与えるべきだ」と訴える。（読売新聞　2023年1月25日）

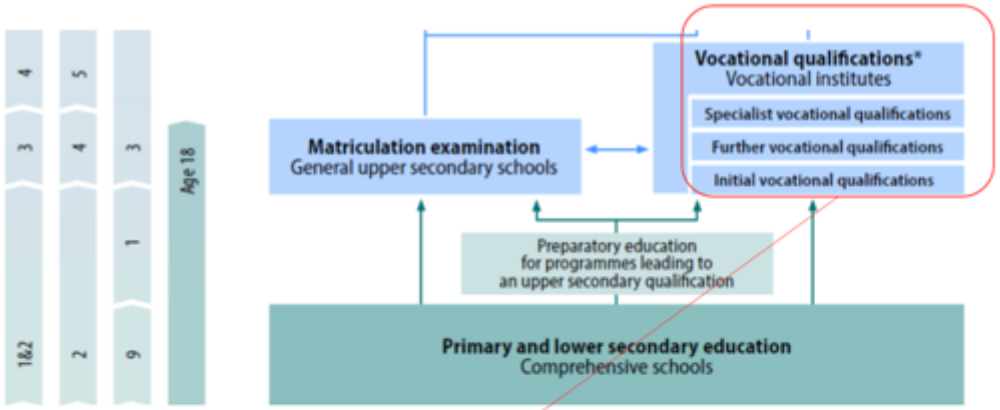
"Around 15% of each cohort enters the labour market without an upper secondary qualification. The decision to extend compulsory education will increase the proportion of young people who complete an upper secondary qualification and reduce the number of those who drop out. ("Education Policy Report of the Finnish Government"(June, 2021))

フィンランドの教育システム

・義務教育は7歳～18歳の11年間（2021年8月～）。（ただし6歳の1年の就学前教育も義務化）

・義務教育終了後、一般教育（普通高校）又は職業訓練(vocational qualification)を行う教育機関（職業訓練校）に進学。職業訓練校進学者は義務教育終了後進学者全体の42%。

・その後の教育課程も一般教育、職業教育に二分。ただし相互の行き来は可能。職業教育分野での高度教育の追求も可能となっている。
（看護師は"University of Applied Sciences"での教育）



"Education Policy Report of the Finnish Government"（June, 2021）による**後期中等教育改革の方向性**

（1） 公正性と平等性の促進（新しいテクノロジーの導入、personalizationの進展（テイラーメイド化）、教育内容のモニタリングの強化、学生の福祉の向上、一般教育と職業教育の垣根を下げ、両者の教育を柔軟に統合して実施、前期中等教育及び高等教育との連携、移民学生への言語能力の向上等）

（2）職業現場と教育改革によるミスマッチの解消（職業現場と教育現場の連携の強化、ニーズのマッチングの改善、国際化、コモンコンピテンスモジュールの創設（参考（次ページ）等）

（3）教育のインパクトと質の改善（教育環境のデジタル化の推進、教育のための資源（人材を含む）の教育機会を超えた共有化の推進、一般教育と職業教育の機関の統合化の推進、改革に際しての地域による違いの尊重等）

ーこれらの方向性により2040年までに達成されるべき目標（学習者を中心とした教育機会の改革、教育の柔軟化による箱物サイズの縮小、教育機関数の減少、人口減少地域での統合的提供　等）

報告内容

1．義務教育に関する制度変更

2．労働市場と保健医療福祉資格の関係

3．在学中の学生の生活保障
（「資格」取得手段の多様性）

4．教育の質保障システムと量的担保の方策

○フィンランドは集団労働協約の国か？

Yes. *"On the basis of the Act's provisions on the general applicability of collective agreements and the Collective Agreements Act, the regulations set out in collective agreements must be observed by those employers who are bound by the collective agreement." (Ministry of Employment and the Economy, 2014)*

○保健医療福祉関係職種の労働団体（労働組合の組織率は90％を超える。）

・ヘルスケア分野職員組合(TEHY)と、フィンランド基礎看護師協会（SuPer）の2つが存在。ナショナルセンターについては、TEHYはフィンランド専門職管理職組合連盟（AKAVA)に加盟し、SuPerはフィンランド俸給従業員組合(STTK)に加盟する住み分け有。
・THEYとSuPer（当時は前身の職種の組合）はラヒホイタヤ創設時に異なる立場。

表1　意見提出した関係団体とその当初の姿勢（1990年6月段階）

＜意見照会された団体＞

【第1案に賛成】(*)
フィンランド市連合，フィンランド自治体連合，フィンランドスウェーデン語自治体連合，社会保険庁，自治体雇用者組織，フィンランドホームヘルパー協会（SKH），主任看護師協会，フィンランド職業学校学生中央連盟（SAAKI）内ソーシャルワーク及び社会科学分野部門，フィンランドヘルスケア分野学生連盟（TERHOL）
【第2案に賛成】
ヘルスケア分野職員組合（Tehy）
【保健医療分野，福祉分野それぞれでまず統合し，その後可能なら第1案に移行】
自治体職員連合（KTV），ソーシャルワーカー組合，教員組合（OAJ），ソーシャルワーク分野教育委員会
【否定的】
フィンランド基礎看護師協会（SuPer）(**)，病院連合
【その他（どちらを支持か不明確，気づきやコメントが主）】
ヘルスケア教育組織校長委員会，ヘルスケア教育委員会

小野（2016）

(*) これらのほか，提案者である医療庁と社会福祉庁も別々に意見書を提出してきた。
(**) SuPerは2007年現在で組合員の8割弱がラヒホイタヤであり，残りは前身の資格者となっている（森川（2009），pp.134）。

○保健医療福祉関係職種の労働団体（続き）
（注:職業教育委員会は）具体的な提案として，職業教育資格として1 つの資格（「基礎レベル看護師」（"Perustasonhoitaja"））とするか，2 つの資格（「児童・青少年ワーカー」（"Lapsi- ja nuorisotyöntekijä"）および「成人・高齢者介護士」（"Aikuis- ja vanhustyöntekijä"））とするかの2案を提示した。（略）

第2案に賛成としたヘルスケア分野職員組合（TEHY）はさまざまな職種が参加する労働組合組織であり，彼らの意見書には，保育助手（Lastenhoitaja）連盟，歯科助手（hammashoitaja）連盟，救急領域助手（Lääkintävahtimestarien）連盟，救急救命士（Sairaankuljettajien）組織が意見書を添付している。彼らは基本的には保健医療分野と福祉分野の中等教育が独立性を保ちつつ職掌や習得分野が維持されることを望み，計画としては第2案を基にしてはどうかという立場であった。

この段階で否定的な意見であると整理されたのは，病院連合と，後にラヒホイタヤの最大の労働組合となるフィンランド基礎看護師協会（SuPer）であった。しかしながら病院連合は（略）保健医療分野と福祉分野の関連資格は廃止統合されるべきで教育改革の提案根拠は正しいとしており，明確に否定的な意見であったのは基礎看護師協会のみであった。
基礎看護師協会は提案の内容についてのみならず，作成過程に関しての問題を指摘していた。内容面での意見としては，保健医療分野の（職業訓練）教育レベルの資格は基礎看護師であるべきであり，名称もそのようにすべきとした。また（略）中等教育のみに着目している点や，既存資格者の移行措置について言及されていない点が指摘されていた。作成過程に関しては，3者の提案作成過程において意見を述べる機会が与えられなかったことを問題視するとともに，保健医療分野のみならず福祉分野においても当時制度改正が行われたばかりであり，状況が落ち着くのを待ち，十分な経験が積まれ，改正の影響についても評価された上で次に進むべきであるとしていた。
（略）ワーキンググループの提案は（略）第1案に基づき，福祉分野の3職種と保健医療分野の7職種を1つの幅広い職業資格として取りまとめたものであったが，基礎看護師協会は準備過程で発言をすることができたことからも，注意深くではありながらも賛成の姿勢を示した。

小野（2016）

○保健医療福祉関係職種の労働団体（続き）

（TEHY）
・フィンランド最大の保健医療福祉関係職種の労働組合。約160,000人が加盟（うち約20,000人が学生）。46.3%が看護師(RN)、ラヒホイタヤ等が20.8%、保健師が5.8%。
・「TEHY の主な業務は集団労使協約を交渉することにある。集団労使協約は業務遂行の際の労働条件を定義するものである。
労使協約(TES)は、翌年以降の業務遂行の際の労働条件を定義するものである。例えば労使協約においては、給与、手当、シフト、休日等が規定される。労働契約においては、当該職場に適用される労使協約について規定しなければならない。
THEYは使用者団体と労働条件について定期的に交渉するが、個別企業と交渉することもある。この定期的交渉を集団交渉と呼ぶ。協議の結果、一定期間適用される集団協約が締結される。TEHY加入者はのほとんどは何らかの国レベルでの集団協約の適用がある。」
（以上TEHYホームページ）

（SuPer）
・約８５,000人が加盟（うち約１５,000人が学生）。「後期中等教育レベルの保健医療福祉職種の最大の労働組合」であり、「ラヒホイタヤ等のアドボカシーに注力する唯一の労働組合」。
・「SuPerの主な達成目的は、職域に十分な数の訓練された看護スタッフが存在すること、業務の厳しさに応じた給与水準であること、またラヒホイタヤ等が業務においてその能力をフルに発揮することができるようにすることである。
SuPerは（略）組合員のために雇用及び集団労使協約について交渉を行う。」
（以上SuPerホームページ）

○労働協約締結の実例(SuPerホームページより)

(10.10.2022) TEHY AND SUPER ACCEPT SETTLEMENT PROPOSAL: HEALTH AND SOCIAL SERVICES SECTOR AGREEMENT TO INCLUDE A DEDICATED PAY PROGRAMME, A COVID BONUS AND SEVERAL IMPROVEMENTS TO WORKING CONDITIONS

「TEHYとSuPerが調停案を受け入れた」

The Finnish Union of Practical Nurses – SuPer and The Union of Health and Social Care Professionals in Finland – Tehy have accepted the National Conciliator's settlement proposal to the employment dispute between nurses' associations and Local Government and County Employers KT. According to the settlement proposal, job-specific pay components in the healthcare and social welfare sector will increase by at least 17.3% on average over the course of five years in a front-end-weighted manner, so that during the first three years the increase will be 15.3%. The solution consists of a dedicated three-year pay programme for the health and social services sector agreement, the previously negotiated pay programme for the municipal sector and so-called normal agreement-based raises. Furthermore, the solution includes a separate one-time bonus of EUR 600 to be paid to those who have participated in the care of COVID patients and several improvements to working conditions.

交渉は看護系2団体と地方政府団体との間で行われた。

調停案には、向こう5年間で17.3%の給与上昇が含まれる。

さらにコロナ患者に対応した者への、1回限りの600ユーロのボーナスの支払いや労働条件の改善も含まれている。

（続）

As a result of the solution, the average job-specific pay component of a practical nurse, for example, will increase from the current EUR 2,255 to over EUR 2,600, while the average job-specific pay component of a nurse will increase from EUR 2,625 to over EUR 3,000.

調停の結果、ラヒホイタヤ等の賃金は平均で2,255ユーロから2,600ユーロを超える水準に。

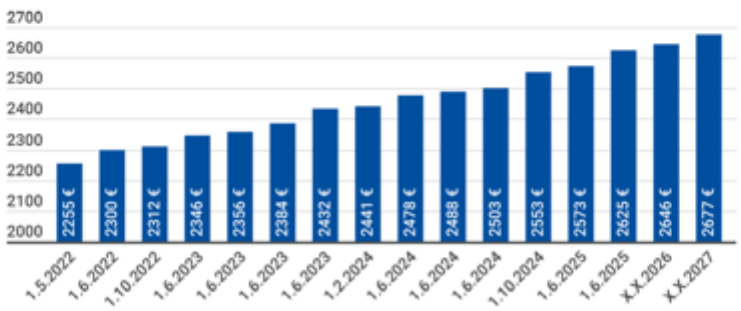
.

Development of the average of job-specific salaries 2022-2027

Tehtäväkohtaisten palkkojen keskiarvon kehitys 2022-2027

Ns. korkoa korolle laskentatapa 18,7%

Meidän kaikkien asia



報告内容

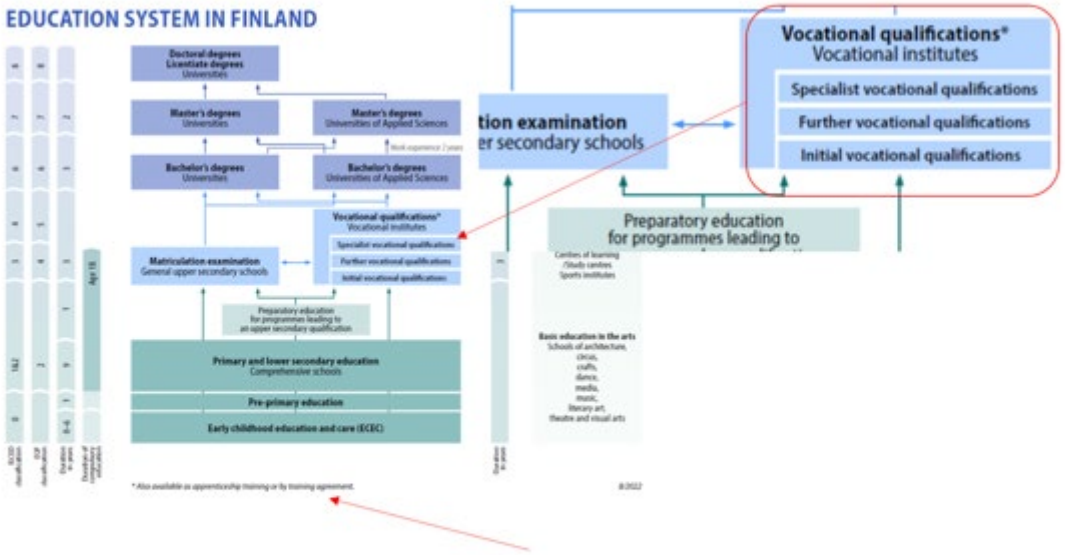
1．義務教育に関する制度変更

2．労働市場と保健医療福祉資格の関係

3．在学中の学生の生活保障
（「資格」取得手段の多様性）

4．教育の質保障システムと量的担保の方策

○「資格」取得手段の多様性



** Also available as apprenticeship training or by training agreement.*

（参考文献：JILPT資料シリーズ No.176「北欧の職業訓練実態」(2016)

○4類型ある「職業教育・訓練」　（「学校or見習い」 × 「後期中等教育or技能資格取得」

図表４－９　職業教育・訓練の形態・資格別の内容と 2014 年の学生数

	学校ベースの職業訓練	見習訓練
後期中等教育の基礎職業資格に向けたプログラム（主に青年対象）	・３年間のプログラム うち職場実習期間は半年以上。 ・基礎職業資格の取得 【学生数 170,026 人】	・職場実習が 70-80%。 ・基礎職業資格の取得 【学生数 489 人】
技能資格向けの事前訓練（主に成人対象）	・基礎職業資格／上級職業資格／専門家職業資格の取得 【学生数 101,854 人】	・基礎職業資格／上級職業資格／専門家職業資格の取得 【学生数 49,367 人】
資格を目的としない訓練	有	有

出所：筆者作成。学生数については、フィンランド統計局による。

JILPT（2016）

○ラヒホイタヤに係る学校ベースの職業訓練の在学生の数（2014年）
・後期中等教育の基礎職業資格に向けたプログラム（主に青年対象）
16,895名
・技能資格向けの事前訓練（主に成人対象）
19,185名

小野（2016）

○後期中等教育における職業教育を、学校で受ける者に対する援助（主に青年だが、年齢の上限を定める記述は見当たらない）

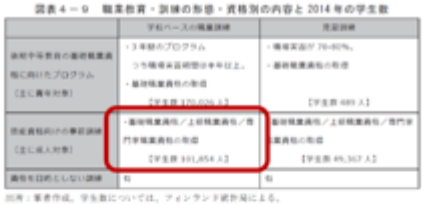
①学習奨励金(Study Grant)
（17歳未満は教材購入補助）
②住宅補助（※但し通常の場合は該当しない（※これとは別に扶養する子がいる場合社会保障としての「住宅手当」（housing allowance）の給付の可能性あり）
③学生ローンに対する政府保証
④通学費補助（※遠距離、高コストの場合）
⑤給食（費）支給（自己負担なし）

①学習奨励金：児童手当受給資格喪失者（※17歳以上）を対象。金額は年齢、親との同居の有無、（同居の場合の）親の収入、婚姻の有無、扶養する子の有無によって異なる。
（教材購入補助：未婚で扶養している子がなく、親の所得が一定水準以下、親と同居の場合は20歳未満（独立している場合は18歳未満）かつ無償教育を受けられない場合に支給）

③学生ローンに対する政府保証：Study Grant受給者、又は（後述の主に成人向け）成人教育手当の受給者等が可能。

JILPT（２０１６）、KELA（社会保険庁）ホームページ、教育文化省ホームページ等を参照

○技能資格向けの訓練を学校で受ける者
（主に社会人）



＜「転職」「(失業して)転身？」「起業（失敗を対象としたもの＞
①「成人教育手当(adult education allowance)」の提供
・フィンランドの社会保障の対象者で、少なくとも8 年間の就労経験があり、少なくとも1 年間同じ使用者の下で労働した者（あるいは起業して1年以上経過した者）であって、「教育休暇」（後述）を取得するか、稼得所得が2/3未満となった者を対象。
・一定の政府の監督下にある教育機関での修学等が必要。
・給付期間は最長15月。
・給付額（被用者）：従前の給与と就業期間中の収入により異なる。（※フルタイムの修学だけでなく、パートタイムの修学も想定）
給付額（起業者）：定額（€660.91/月）。
・失業保険料（労使が負担）が財源。
・学習奨励金(Study Grant)だけでなく、（次ページの）失業給付（Unemployment benefit）や労働市場扶助(labor market support)を受けている場合は給付されない。
・技能資格向けの訓練を受ける者の訓練費用は無償。無料の給食への権利はない。
・「教育休暇」：1年間同じ使用者の下で労働した者が、5年間のうちに最大2年間得ることができる。無給。（成人教育手当が生活を支えるもの）

②学生ローンに対する政府保証（上述）JILPT（２０１６）、KELA（社会保険庁）ホームページ、教育文化省ホームページ等を参照

JILPT（２０１６）、KELA（社会保険庁）ホームページ、教育文化省ホームページ等

＜いわゆる「失業者（で成人教育手当を受けない者）」や「学校を卒業したけれども仕事がない者」は？＞

<失業給付（Unemployment benefit)＞
①3種類あり。

a）報酬比例失業手当（労働組合等を通じて失業基金(unemployment fund)の対象となっている者が、失業基金から給付。 例えば前述のSuPerやTEHYもそれぞれの基金を持つ。）

b）定額失業手当（給付対象はa）の対象にならない者（≒集団労働協約の対象にならない失業者）。社会保険としての失業手当（日本の雇用保険失業給付と類似））

c）労働市場助成金（labor market subsidy）(a),b)の対象にならない者。日本の求職者支援制度に類似）

②a)からｃ）を受給している者は、学習奨励金(Study Grant)等の学生のための助成を受けることはできない。

＜住宅手当（Housing Allowance)＞

＜その他の給付(学生ローン利子支払い支援等）＞
※これらとは別に生活保護(social assistance)がある。

○見習い訓練を受ける者の処遇

・生徒は雇用されていることが前提。有期雇用契約を交わす。
・使用者は、職場訓練の期間、協約に基づいた見習い生の賃金を支払う。
・理論学習の期間、研修生は、日当、住宅手当、交通手当などの給付を受ける。
・使用者は、職場で提供される訓練費用に充当するための訓練補償金を受ける。

図表４－９　職業教育・訓練の形態・資格別の内容と 2014 年の学生数

	学校ベースの職業訓練	生徒訓練
前期中等教育の最終職業資格に向けたプログラム（主に青年対象）	・３年間のプログラム うち職場実習期間は半年以上。 ・最終職業資格の取得 【学生数 170,026 人】	・職場実習が 70-80%。 ・最終職業資格の取得 【学生数 489 人】
労働者向けの職業訓練（主に成人対象）	・最終職業資格／上級職業資格／専門学職業資格の取得 【学生数 101,854 人】	・最終職業資格／上級職業資格／専門学職業資格の取得 【学生数 49,367 人】
資格を目的としない訓練	有	有

出所：筆者作成。学生数については、フィンランド統計局による。

報告内容

1．義務教育に関する制度変更

2．労働市場と保健医療福祉資格の関係

3．在学中の学生の生活保障
（「資格」取得手段の多様性）

4．教育の質保障システムと量的担保の方策

＜ラヒホイタヤ教育機関はどういった施設か？　（2014年の全施設リスト）＞

	数
公立 Alkuiskoulutuskeskus Kouvola	
自治体連合立 Amiedu	
公立 Ammattiopisto Lappia	
公立 Ammattiopisto Livia, Sos-ja te	
自治体連合立 Ammattiopisto Tavastia	
自治体連合立 Axxell	
自治体連合立 Edupoli	
自治体連合立Etelä-Kymenlaakson ammattiop	
自治体連合立 Etelä-Savon ammattiopisto	
自治体連合立 Forssan ammatti-instituutti	
教会系 Helsingin Diakoniaopisto	
自治体連合立 Hyria koulutus Oy	
自治体連合立 Itä-Lapin ammattiopisto	
市立成人教育 Jyväskylän aikuisopisto	
市立 総合職業専門 Jyväskylän ammattiopisto	
市立 Jämsän ammattiopisto	
市立 Kainuun amm.op.(1.1.2008-)	
公立 Karlsun kotital-sosiaalioppil.	
自治体連合立 成人教育 Keski-Pohjanmaan aik.koulutus	
自治体連合立 職業訓練 Keski-Pohjanmaan ammattiopisto	
障がい者財団経営(+) Keskuspuiston ammo(1.1.2009-)	
自治体連合立 成人教育 Keudan aikuisopisto	
自治体連合立 職業訓練 Keudan ammattiopisto	
財団系 Kiipulan amm.opisto(1.1.2009-)	
自治体連合立 Koulutuskes. Sedu (1.1.2009-)	
自治体連合立 Koulutuskeskus Salpaus	
自治体連合立 Kouvolan seudam.op(1.1.2001-)	
教会系 Lahden diakonian instituutti	
自治体連合立 Lapin amm.opisto (1.1.2007-)	
公立 Liedon ammatti- ja aik.opisto	
市立 Loimaan ammatti- ja aik.opisto	
公立 Luksia, Länsi-Uudenmaan aik.op	
公立 Luksia, Länsi-Uudenmaan amm.op	
自治体連合立 Mantän seudun koulutuskeskus	
市立 Naantalin ammattiopisto	
自治体連合立 成人教育 Omnian aikuisopisto	
自治体連合立 職業訓練 Omnian ammattiopisto	
公立 Oulaisten ammattiopisto	
市立 Oulun Alkuiskoulutuskeskus Oy	
教会系 Oulun diakoniaopisto	
自治体連合立 Oulun seudun ammattiopisto	
自治体連合立 P-Kn Aikuisopisto	
自治体連合立 P-Kn amm.opisto Joensuu paly.	
自治体連合立 P-Kn amm.opisto Kitee	
自治体連合立 P-Kn amm.opisto Lieksa	
自治体連合立 P-Kn amm.opisto Outokumpu	
自治体連合立 Pohj.Keski-Suomen ammattiopist.	
2/3がボルヴォー市周辺自治体、1/3を企業が所有する形態のカレッジ Porvoo International College	
市立 Porvoon ammattiopisto	
自治体連合立 PSK-Aikuisopisto	
自治体連合立 S:linnan ammatti- ja aikuisop.	
国立 Saamelaisalueen koulutuskeskus	
自治体連合立 Salmaan ammattiopisto Sampo	
自治体連合立 Salon seudun aikuisopisto	
自治体連合立 Salon seudun ammattiopisto	
自治体連合立 SATAEDU	
自治体連合立 Savon ammatti- ja aikuisopisto	
自治体連合立 Sedu Aikuiskoulutus, liikel.	
教会系 Seurakuntaopisto	
市立 成人教育 Stadin aikuisopisto	
市立 職業訓練 Stadin ammattiopisto	
市立 Tampereen Aikuiskoulutuskeskus	
自治体連合立 Tampereen seudun ammattiopisto	
公立 Teak Teknologiakeskus Oy	
名称不明の学校	
市立 Turun Aikuiskoulutuskeskus	
市立 Turun ammatti-inst.(1.8.1998-)	
自治体連合立 Uudenkaupungin amm-aik. Novida	
市立 Vaasan aikuisk.-Vasa vuxenutb.	
市立 Vaasan amm.opist-Vasa yrk.inst	
市立 Valkeakosken ammatti-ja aik.op	
市立 Vantaan ammattiopisto Varia	
自治体連合立 WinNova	
公立 Ylivieskan ammattiopisto	
自治体連合立 Yrkesakademin i Österbotten	
スウェーデン語系 自治体連合立 Yrkesinstitutet Prakticum	
自治州立 Ålands yrkesgymnasium	
合計	

・2014年当時で77校。
・「自治体連合立」「市立」の2つでおよそ70％強。
・残りも「公立」「国立」等が殆ど。

小野（2016

＜職業教育訓練教育の質の保障方法＞

主に（1）法令等での統制、（2）補助金制度、（3）外部評価の３つによる。

（1）法令等での統制
・教育文化省が所管。職業訓練教育の実施に係る免許(license)を発行。免許により、当該組織が特定の職業資格を得るために必要な教育を提供することや、コンピテンシーを有することの評価を行い、資格を与えることが可能となる。
・当該免許により許容される範囲内で、提供する教育の内容や実施方法等を決定することが可能となる。

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell" （２０１９）を参照

＜職業教育訓練教育の質の保障方法（続）＞

（2）補助金制度
・2017年の職業訓練法改正により
アウトカム、効率、効果に応じた助成方式に変更。（次ページ（前回報告資料））
- 修了ユニット数や資格数
- 就職や進学実績
- 学生や雇用者からのフィードバッ
等を重視（右図）
・教育に費やした時間は補助金との関りを持たない。

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell" （２０１９）を参照

コペンハーゲンプロセスへの対応２　（2017/18年改革）　前回報告資料

・職業教育訓練をあらゆる年代・多様な人を包摂した「生涯にわたる学びlife-long learning」支援システムとして充実させることを主眼に置いた職業訓練法の大幅改正（2017年）（森川(2018)）

＜教育機関にとって何が変わるか＞　（新卒：中学校レベル修了者）

改正前	改正後
後期中等職業教育訓練法、成人職業教育訓練法	職業教育訓練法：コンピテンシーの必要性により自由かつ柔軟に対応。若者と成人の教育に垣根を設けない。
教育省の2つの（学校への）免許。資格委員会との契約に基づきコンピテンシーベース教育提供。	教育提供の単一の免許：職業試験実施と教育両方について、統一されたライセンス。
新卒向け教育、高等職業訓練、徒弟制度ごとに異なる補助措置	統一された補助措置：中退減少策支援（全ての学生へのフォローを推奨）、学習期間短縮化と労働力必要分野に導く教育、教育に係る決定の分権化
学生の数に応じた補助措置、成果に応じた助成はあまり使われない	資格取得と成果に応じた補助：50％の基本補助で全ての分野・学生の教育を保障、35％は資格取得等に応じ補助、15％は雇用と上位進学に応じ補助
351の資格、細分化した資格の画一的な仕組み	より限られた、広い分野に通じる資格：164の資格、多くのオプションでの学び、資格の中での専門化
3つの教育過程、4つの異なる個別化の過程	より限られた過程：コンピテンシー評価の運用計画（質管理システムの一環）、個人ごとのコンピテンシー開発プラン（HOS）
91の国家資格委員会、職業能力の確認組織を教育機関が設置	より少ない管理組織－運用負担の軽減：約40の国家委員会
業務、クラスへの教員責任、教育機関での教育	教員の業務の多様化：専門性の共有、協働。様々な環境での業務、仕事場での教員による指導、教員業務における指導、コーチングの比重増
コンピテンシーベース教育は資格委員会が資格認定、職業後期中等教育は教育機関が資格認定	教育機関が資格認定：教育機関による資格認定・付与、業務の重複の削減
EU、EEA以外に教育や資格を輸出する可能性は限定的	全ての職業資格、一部資格、教育をEU、EEA以外への輸出可能

参照：大西(2019)及びフィンランド教育文化省HP "WHAT WILL CHANGE FOR THE STUDENT IN VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING?"及び" WHAT IN VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING WILL CHANGE FOR EDUCATION PROVIDERS"

＜職業教育訓練教育の質の保障方法（続）＞

（３）外部評価

・自らの教育内容、その質や効果等に係る自己評価とともに、定期的に外部評価を受けることが義務付けられている。

・外部評価は、①アウトカム評価、②テーマ別及びシステムに関する評価、③質確保の方法に関する評価の3つからなり、国家教育評価センター（FINEEC)が行う。監視員(inspector)制度やランキング制度は実施していない。

・①アウトカム評価は資格や職務に必要なコンピテンスの確保状況について評価を行うとともに、共通科目(common unit)でのコンピテンスについても評価される。さらに教育機関の種々の活動に係る、質や学びとの関連についても評価される。

（ラヒホイタヤ教育に関すアウトカム評価のパイロップロジェクトが2019年～20年に実施された。英語要約を最後に添付）

・②テーマ別の評価においては、その時々で評価すべきテーマを設定し、それに則した評価が行われる（右図）。

Ongoing thematic evaluations:

- Evaluation of education in the ECEC sector
- Overall evaluation of the qualification system of vocational education and training
- Evaluation of the new forms of student counselling (OHJA) 2022-2024

Completed thematic evaluations from 2016-2022:

- Individual learning pathways in vocational education and training
- Workplace education and training and working life cooperation in VET
- Evaluation of education in the maritime sector 2020 – 2022
- Ability of the education system to respond to challenges of continuous learning in sudden structural changes
- Students growth into active and critical citizens in upper secondary education
- The provision of special support in vocational education and training
- Evaluation of student transitions and smooth study paths
- Immigrants' educational pathways
- Entrepreneurship in vocational education and training and in higher education
- International comparison of the integration of immigrants into the educational system
- The competence-based, customer-oriented approach and increased effectiveness of vocational education and training (VET)
- Assessment of the learning outcome evaluation system for vocational education and training (VET)
- Evaluation of education in the maritime sector 2015-2017

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell"　（２０１９）、国家教育評価センター(National Education Evaluation Centre (FINEEC)ホームページを参照

＜職業教育訓練教育の質の保障方法（続）＞

・③質確保の方法に関する評価に関しては、教育提供者に対する評価（そのもの）のみならず、質確保に係る支援も行っている。
　国家教育評価センター（FINEEC) は職業教育提供者の質確保システムに係る情報提供とともに、事業全般を対象として行う。
　支援内容としては、評価に係るデータの活用方法や、コンピテンス測定（方法）の評価、あるいは評価方法の応用手法等が含まれる

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell"　（２０１９）、国家教育評価センター(National Education Evaluation Centre (FINEEC)ホームページを参照

＜教育の質の確保に係る「実業界」(working life)の関わりの重要性＞

・職業教育訓練の質確保において実業界との関りは国、地域、個別の教育機関のいずれのレベルにおいても重要。

・実業界の代表者は、教育ニーズの予測、職業資格の開発、教育機関におけるコンピテンス測定評価実施計画の準備等に関わるとともに、個々の学生のコンピテンス開発計画、職場での教育実施、コンピテンス修得の実技評価等にも関わっている。

・実業界からのフィードバックは（上述の）補助金制度にも活かされ、質の向上に対し有益な情報となっている。

・「実業界委員会」（39分野について、労使3名ずつ）(Hannula(2018))が、コンピテンス測定、評価、職業教育訓練に係る質の確保方法や基準の設定、学生のコンピテンス評価に係る改正過程に関っている。

Hannula, Mirja (2018)"Workbased learning in Finland Finland's new VET system from the companies perspective" (2018)https://www.dcdualvet.org/wp-content/uploads/WorkbasedVET_MirjaHannula_Employers_Finland_.pdf
及び教育文化省 (2019)　"Finnish VET in a nutshell"を参照。

＜職業教育訓練における教員等の質の確保＞

・教員になるために必要な訓練過程はかなりのものを要求される(fairly demanding)。まず教員になるには、当該職業領域で学士あるいは修士（あるいは同等のもの）を有しているとともに、60単位分の教育法に関する訓練及び分野ごとに必要な実務経験が求められる（※ラヒホイタヤに関しては次々ページ）。

・教員は実践での業務実施の方法に加え、専門家としての心構えも伝える。
・教員の業務は学校だけでなく「実業界」にも及ぶ。学生の実践を通じた学びやコンピテンスの修得評価のため、教員が地域の企業や公的機関等との幅広いネットワークを持つことを必要とする。教員は企業や機関等の代表者と、実務を通じた学びの期間に何を学び、どのように評価するかについて、協議し、合意する。

・現場での実習期間においては、実習指導者が学生の能力開発に中心的役割を果たす。日々の業務についてのみならず、業務の本質にかかわるようなことに関しての理解に際しては、心構えや職業倫理についても指導する。
・教育機関は、実習指導者に業務を理解させる責任を有し、必要な訓練を提供する。実習指導者の必要な資質を確保するため、（ある資格の）教育過程においては、実習指導者としての必要なスキルを学ぶコンテンツを組み込むことも可能となっている。オンライン教材も提供されている。

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell" （２０１９）を参照

・教員の実践での訓練への参加もほとんどの分野で義務付けられている。それにより教員の技術や実践能力が最新のものに維持される。当該訓練のための費用は、教員の雇用主の責任となっている。訓練は細心の教育政策のプライオリティに則したものとされている。

・教員自身による、企業等の職場での実践への参加も奨励されている。そうしたOJT期間中に、教員は企業と職業教育機関との協力関係を深化させ、企業における学生の実習機会を開拓することが期待されている。

教育文化省 "Finnish VET in a nutshell" （２０１９）を参照

⑥国家教育審議会(Finnish National Board of Education)(FNBE)
・Aira Rajamäki氏と会見（教育審議官(Counsellor of Education)、1990年前後のラヒホイタヤ制度創設期に制度設計に携わった）

・職業訓練教育におけるラヒホイタヤ分野の教員は教育水準が高く、全員がソーシャルワーク、看護保健科学又は教育にかかる修士号以上を有している。また教員は教える分野での3年の実務経験を有していなければならない。個々の教育機関が個々の資格ごとの専門性の必要に鑑み教員の雇用を決定することができる。教育文化省が提供する、職業訓練教育としての能力にかかる学位がある。教育機関は長い期間教えていた教員に対し5年に1度は現場に戻るなど、追加的な教育を受けさせる義務を有している。職業訓練教育の教員自身も、自身の職業能力を高く保つ必要がある。1990年代のラヒホイタヤ制度の導入期において、国家教育審議会といくつかの専門大学(university of applied sciences (polytechnic))において、例えば治療、投薬、高齢者ケア、緩和ケア、早期児童教育、多文化包摂スキルなどにかかる追加的な教育を用意した。
・ほとんどの職業訓練教育校においては、利用者サービスと訓練のために必要な施設と場所を備え付けている。教育に際しては、実際の現場で患者や利用者に対して訓練を行う前の段階で、教育的な観点から行われるシミュレーションが大いに活用されている。学生の修学のアウトカムは実際の現場において技術や職業能力をテストすることで評価される。ラヒホイタヤにとり必須の技術や職業能力に関する学生の修学のアウトカムを測るうえで必要に応じシミュレーションも活用されている。学生を評価する者は、実際に就業する者や教員であるが、教育機関による評価プロセスに必要な教育を受けるなどしている。

教育に係る質・量両面での将来予測　２．量的予測　前回報告資料

MITENNAモデル（量の面での将来予測、保健医療福祉分野に限らない）に基づく保健医療福祉サービス分野の人材の量的予測

・経済調査センター(The Government Institute for Economic Research (VATT))の実施する活動分野ごとの複数の経済・雇用シナリオに基づき実施。労働力需要の変化と、定年退職などを含む労働力の減少を職業別に見る。新たな労働力への需要の職業別割り出し、分野、教育レベル毎の必要学生数の予測。

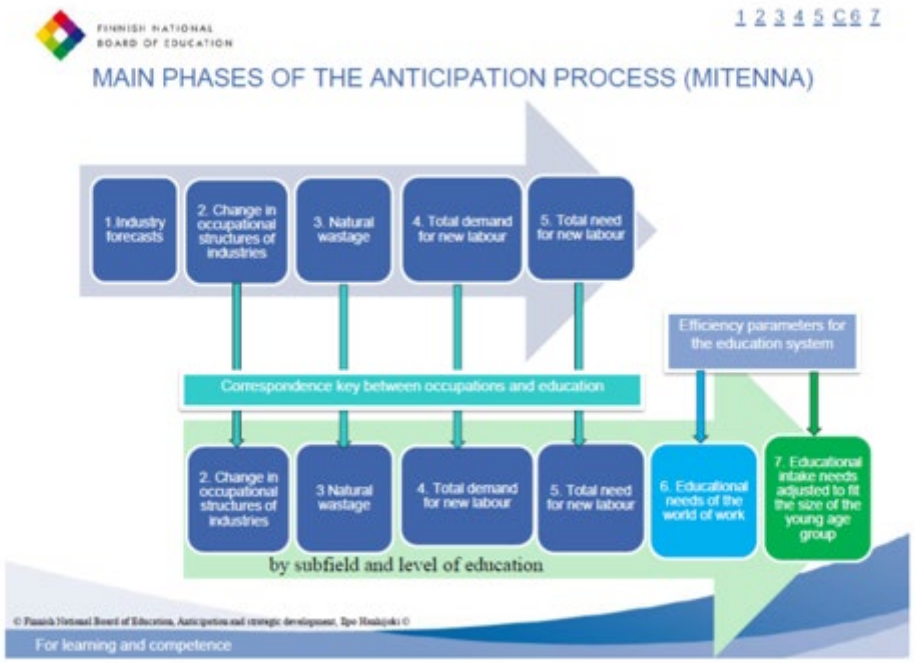
・すべての学年の初等教育（中学レベル）及び初等高等教育（高校レベル）を卒業した若者が、何らかの職業教育またはプロフェッショナルとしての教育を続けることができるように必要提供数を計算すると、合計で１学年約95,800人分の教育提供数（1学年約61,800名なので１人当たり１．５５）が必要と計算される。その中で、保健医療福祉・スポーツ分野については現在よりも相当多くの教育提供量が必要との予測。

・国全体としての大枠の数を教育文化省に提供することになり、その数を基礎として個々の教育機関と教育文化省が協議をした上で学生の定員数を決定。各学校においては、地域の職業現場のニーズに合わせてどの分野に定員を割り当てるかを定めることができるが、教育文化省が定めた定員数を超えることはできない。

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

前回報告資料

【図２：職業教育に係る量的な予測モデル(MITENNA)の模式図】

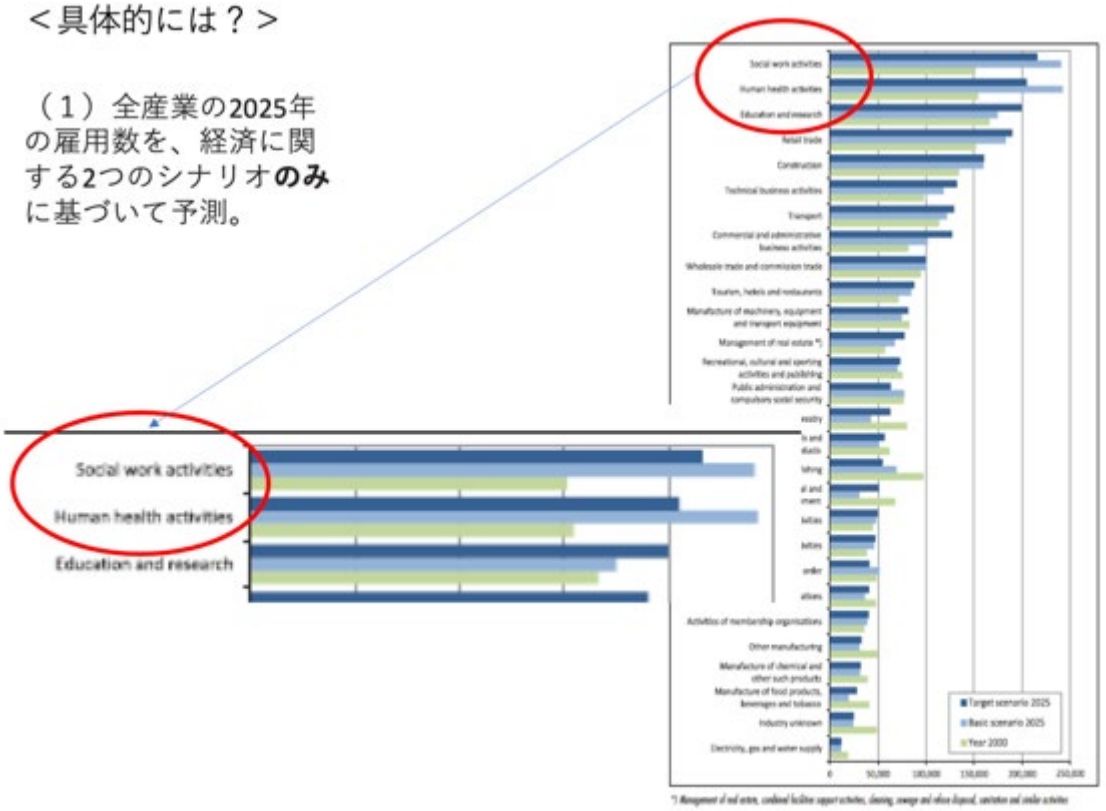


出典：FNBE 提供資料（2016）

（出典：小野（2016）「**地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例　フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ(Lähihoitaja)教育の動向等**）厚生労働科学研究費補助金「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度分担研究報告書

＜具体的には？＞

（１）全産業の2025年の雇用数を、経済に関する2つのシナリオ**のみ**に基づいて予測。



教育文化省 "Finnish VET in a nutshell"　（２０１９）を参照

＜具体的には？＞

（２）（１）で得た2025年の数と2008年の数を比較した伸びを、産業ごとの職業構造の変化予測（専門家の意見や国際比較等）を踏まえて修正。

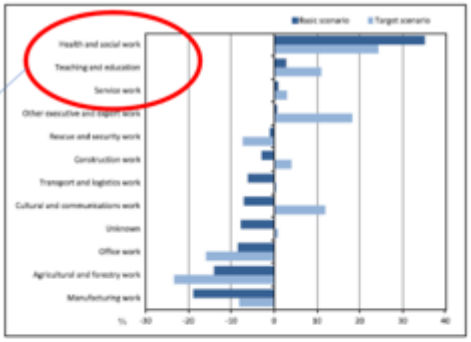
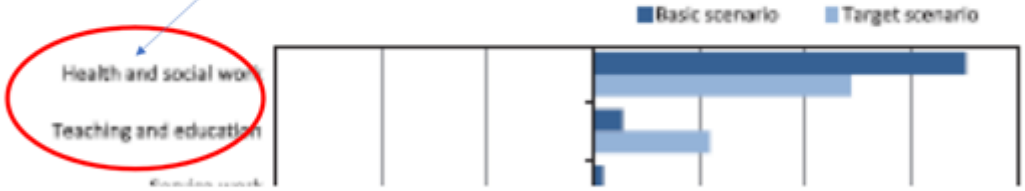


Figure 7. Change in jobs (%) in 2008–2025 by major occupational group according to the two alternative development scenarios.

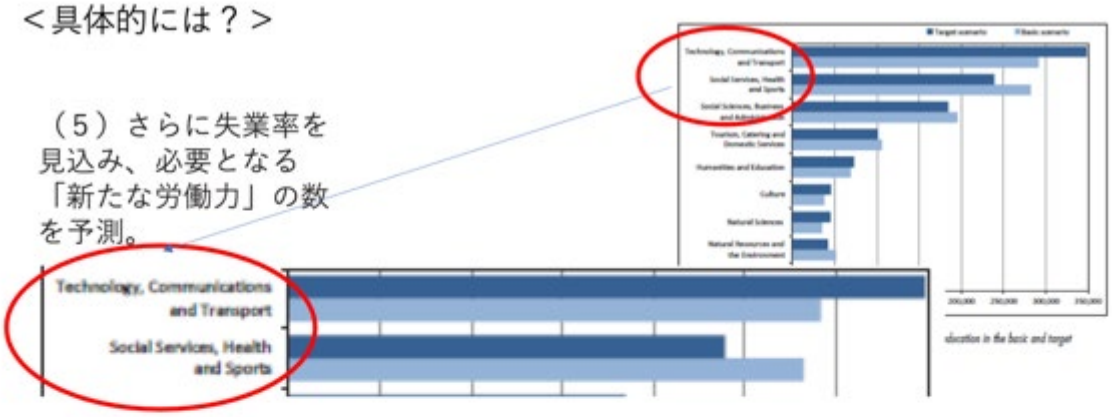


（３）（雇用されている者、失業者）年金受給や早期退職、死亡等により失われる労働力を予測。　（グラフは略）

（４）（１）～（３）で、「どの分野でどれだけの数の労働力（「新たな労働力」＋既存労働力）が必要になるか」が予測され、部門ごと、レベルごとに教育すべき人材の数を予測。

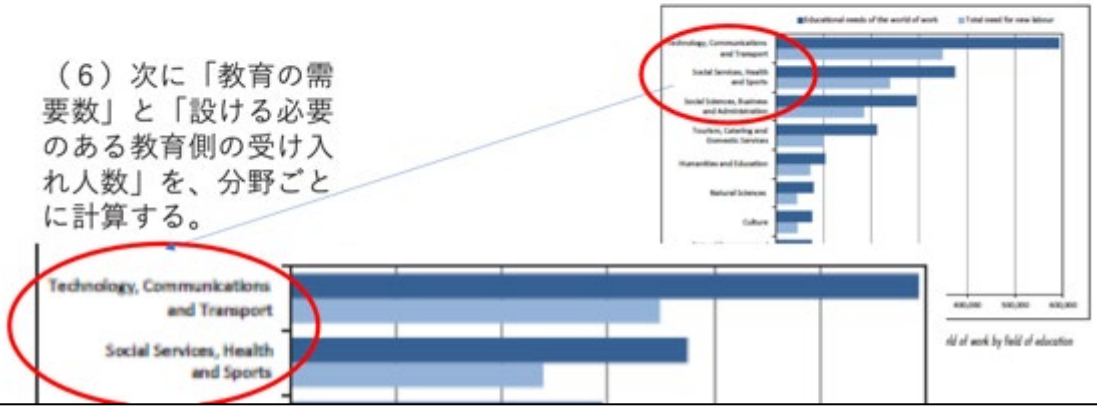
＜具体的には？＞

（５）さらに失業率を見込み、必要となる「新たな労働力」の数を予測。



education in the basic and target

（６）次に「教育の需要数」と「設ける必要のある教育側の受け入れ人数」を、分野ごとに計算する。



ild of work by field of education

＜具体的には？＞

（7）最後に若年者の年齢階級別人口に合わせて受け入れ人数を調整。それを「教育レベル別」「部門別」に割り付ける形で総枠の人数を予測。

Table 1. Entrants and anticipated intake needs by level of education.

Level of education	Entrants in 2006–2009, average	Entrants in 2009	Basic scenario			Target scenario		
			Anticipated intake needs	Difference from 2009	Difference, %	Anticipated intake needs	Difference from 2009	Difference, %
Upper secondary VET	48,901	50,553	54,220	3,667	7	51,840	1,287	3
Polytechnic degree	26,621	28,041	24,790	-3,251	-12	25,020	-3,021	-11
University degree	19,902	20,169	15,060	-5,109	-25	17,260	-2,909	-14
Other education or no qualification [1]	0	0	1,710	1,710		1,650	1,650	
Total	95,424	98,763	95,780	-2,983	-3	95,780	-2,983	-3

1) Calculation results include those people whose jobs do not require qualification-oriented education and training.

Table 2. Entrants and anticipated intake needs by field of education.

Field of education	Entrants in 2006–2009, average	Entrants in 2009	Basic scenario			Target scenario		
			Anticipated intake needs	Difference from 2009	Difference, %	Anticipated intake needs	Difference from 2009	Difference, %
1 Humanities and Education	5,770	5,774	5,160	-614	-11	5,410	-364	-6
2 Culture	7,642	7,707	3,110	-4,597	-60	3,760	-3,947	-51
3 Social Sciences, Business and Administration	15,342	16,059	16,390	331	2	15,250	-809	-5
4 Natural Sciences	6,507	6,353	3,280	-3,073	-48	4,180	-2,173	-34
5 Technology, Communications and Transport	32,019	32,997	26,440	-6,557	-20	31,340	-1,657	-5
6 Natural Resources and the Environment	3,916	4,056	4,900	844	21	3,910	-146	-4
7 Social Services, Health and Sport	15,665	17,073	22,790	5,717	33	19,180	2,107	12
8 Tourism, Catering and Domestic Services	8,090	8,361	11,050	2,689	32	10,400	2,039	24
9 Other education [1]	475	383	2,660	2,277		2,360	1,977	516
Total	95,424	98,763	95,780	-2,983	-3	95,780	-2,983	-3

1) Statistical data on entrants does not include all entrants; statistics on education falling outside the educational administration sector are missing.

＜具体的には？＞

（8）付表として、保健医療福祉・スポーツ分野における、職業高等教育（ラヒホイタヤレベル）、専門大学、大学の別のブレークダウンした予測表をつける。

【図 13：入学実績、教育提供数（シナリオごと）及びプランにおける 2016 年の教育提供数目標】

Field of education Level of provision	Entrants in youth-level provision			Average intake needs 2014-2018(*)				Development Plan target for youth-level provision in 2016
				Youth-level provision		Total needs		
Social Science, Health and Sports	2007	2008	2009	Basic Scenario	Target Scenario	Basic Scenario	Target Scenario	
Total	15,222	15,561	17,073	22,780	19,190	24,630	20,850	18,590
Upper Secondary VET	7,201	7,178	8,050	11,600	9,620	12,750	10,640	8,930
Polytechnics	6,573	6,946	7,552	8,880	7,540	9,480	8,090	7,700
Universities	1,448	1,437	1,471	2,300	2,030	2,400	2,120	1,960

(*)Figures for intake needs may differ from other publication tables due to rounding

出典：FNBE（2012）

⑥国家教育審議会(Finnish National Board of Education)(FNBE)
・Aira Rajamäki氏と会見（教育審議官(Counsellor of Education)、1990年前後のラヒホイタヤ制度創設期に制度設計に携わった）

こうした量的な予測に関しては、国家教育委員会のAira Rajamäki氏によると、国全体としての大枠の数を教育文化省に提供することになり、その数を基礎として個々の教育機関と教育文化省が協議をした上で学生の定員数を定めている。各学校においては、地域の職業現場のニーズに合わせてどの分野に定員を割り当てるかを定めることができるが、教育文化省が定めた定員数を超えることはできないとされている。

＜直近の予測＞("Education and labour demand 2035"（２０２０）（英文サマリー抜粋））

Education in health and welfare includes education in the fields of healthcare and social services. According to the anticipation result, the educational need will be slightly under 10% lower than currently. The need for upper secondary VET will remain at the current level and the need for higher education would seem to decline by 15%. The background assumption for the result is the estimate of the National Forum for Skills Anticipation regarding the development of the need for labour in health and social services by 2035. The need for labour in social services was anticipated to remain at the level of 2016 and the need for labour in health services to increase by just under 10%. In the anticipation, it was expected that the reform of the service structure, the change in the division of work between personnel groups and the utilisation of digital technology would lead to a significant increase in productivity in some of the activities.

2035年において、職業教育訓練レベルの需要は現在と同様で、高等教育レベルの需要は15％程度減少。トータルで10％程度減少。

福祉サービスの労働需要は2016年と同レベルで、保健医療サービスの労働需要は10％弱の増（※原語の機械翻訳では10％程度減少とされる）。

サービス構造の改革、職種間の役割分担、デジタル化により一定の活動に関して顕著な生産性の向上を見込む。

（参考）

2019年～20年にFINEECにより行われた、ラヒホイタヤ職業訓練教育のアウトカム評価（パイロット事業）のサマリーと報告書の目次

Publisher
Finnish Education Evaluation Centre (FINEEC)

Title of publication
Vocational competence and pedagogical activities in the Vocational Qualification in Social and Health Care

Author
Paula Kilpeläinen

The evaluation focuses on the Vocational Qualification in Social and Health Care and examines the pedagogical activities of VET providers and the competence produced by it. A total of 48 VET providers participated in the evaluation.

The evaluation was implemented in 2020 as part of piloting FINEEC's new learning outcomes evaluation system for VET. The system has been developed for several years on the basis of meta-evaluation, external evaluation and workshops organised for different stakeholders, taking into account the changes that have taken place in the operating environment of VET. In line with the new evaluation system, the role of students and working life in producing evaluation data has been strengthened in this evaluation and already existing national data repositories have been used as much as possible.

FINEEC's evaluations follow the principle of enhancement-led evaluation, which emphasises active participation of the evaluated organisations and the interactive nature of the evaluation. The evaluation process is implemented in a way that enables the participants to already enhance their activities during the evaluation. The enhancement-led nature is visible especially in the self-evaluation conducted jointly by the VET providers and workplaces, which produces information on the pedagogical activities of the VET provider. In addition, students assessed their competence in a self-assessment at the end of the education. In the evaluation, interviews were also implemented at workplaces on themes such as planning the education organised at the workplace, induction, guidance provided to students, the assessment of demonstrations of knowledge and skills, and students' competence. Furthermore, already existing data repositories such as Koski and VET feedback (Amispalaute) were used in the evaluation.

According to the evaluation, the pedagogical activities of the VET providers were on average at a developing level on the scale absent-emerging-developing-advanced. There are differences in the quality of the pedagogical activities between VET providers especially in the verification of the guidance and assessment competence of workplace instructors and the professional and working life competence of teachers, in the allocation of resources to the guidance of students in education provided in the workplace, and in the monitoring, assessment and development of pedagogical activities. VET providers are still at fairly different stages of introducing the competence assessment plans into the practical assessment activities. The practices and process of the personal competence development plan were on average found to be working well. However, room for development was still found in how the agreed instructions and procedures were complied with in practice and in the harmonisation of operating practices.

In general, the evaluators were satisfied with the demonstration activities. Almost all the demonstrations were carried out at workplaces by carrying out genuine work tasks and they were mostly considered to meet the vocational skills requirements in the qualification requirements. The evaluators also found that assessment was mostly implemented according to the criteria. However, cooperation between the VET provider and the workplaces should be intensified in the planning and implementation of VET organised at the workplace. Especially the participation of workplace instructors in drawing up the personal competence development plan should be enhanced with regard to work-based learning and demonstrations to ensure the quality of the training provided in the workplace. The visits made by teachers to the workplace to support students and workplace instructors should also be enhanced.

When measured by the grades given for the vocational and common units, the competence of students in the field of social and health care is very good. The most common grade given for vocational units was excellent (5) and for common units good (4). Depending on the background variables used, there were some differences in the grades, especially when examined by students' age and gender. The grades of female students were higher than male students both in vocational and particularly in common units. The oldest age groups (35-44 years, 45-54 years, and 55 years and over) received higher grades for both vocational and common units than younger age groups (under 18 years, 18-24 years, 25-34 years). According to the evaluation, the key strengths in students' competence were the basic skills of the profession, such as practical skills in the daily activities and competence related to the use of working methods and tools. Cooperation and interaction skills were also considered strengths in their competence. The main competence development needs in turn were identified in the command of the theoretical knowledge that the work is based on, medication competence, cooperation and interaction skills, and working life skills.

According to the nationwide VET feedback, the majority of the students were satisfied with the education in the sector and found that the education had provided them with competence and vocational skills they could use. A clear majority also found that the education had improved their capabilities for moving to the world of work, working or further studies. The students self-assessment also showed that the education had on average provided good capabilities for the world of work and relatively good capabilities for studies in higher education.

Based on the evaluation results, the report proposes development recommendations for enhancing the implementation of students' personal competence development plan and individual study paths in practice, improving the competence of workplace instructors and teachers, intensifying the cooperation between education providers and workplaces in training provided in the workplace, and for the monitoring, assessment and development of pedagogical activities. The development needs in students' competence were identified in the command of theoretical knowledge, medication competence, cooperation and interaction skills and mathematical competence, among other things.

Keywords: Vocational Qualification in Social and Health Care, vocational education and training (VET), pedagogical activities, vocational competence, competence specific to vocational field and generic competence, parts of common units, grades, demonstration of knowledge and skills

1 Introduction

2 Implementation of the evaluation pilot
2.1 Professional competence
2.2 Bachelor's degree in social and health care
2.3 Objectives and evaluation questions.
2.4 Developing assessment
2.5 Evaluation material and methods
2.6 Analysis and reporting of results
2.7 Reliability of assessment

3 Results part I: Pedagogical activity
3.1 Background information about students and education
3.2 Indicators for the vocational parts of the degree
3.3 The quality of pedagogical activity of the education organizer and working life evaluated
3.3.1 Planning and management of pedagogical activities
3.3.2 Acquiring, demonstrating and evaluating competence
3.3.3 Monitoring, evaluation and development of pedagogical activity
3.4 Students' experiences of education (Amis feedback)

4 Results part II: Competence
4.1 Students' skills
4.2 Students' competence with the grades of the parts of the professional degree measured
4.2.1 Competence in medical treatment of students in the graduation stage
4.3 Students' competence measured by the grades of the common parts of the degree
4.4 Students' assessment of their own competence
4.5 Education organizers' and working life's assessment of students' competence
4.6 Summary of competence

5 Conclusions

6 Development recommendations

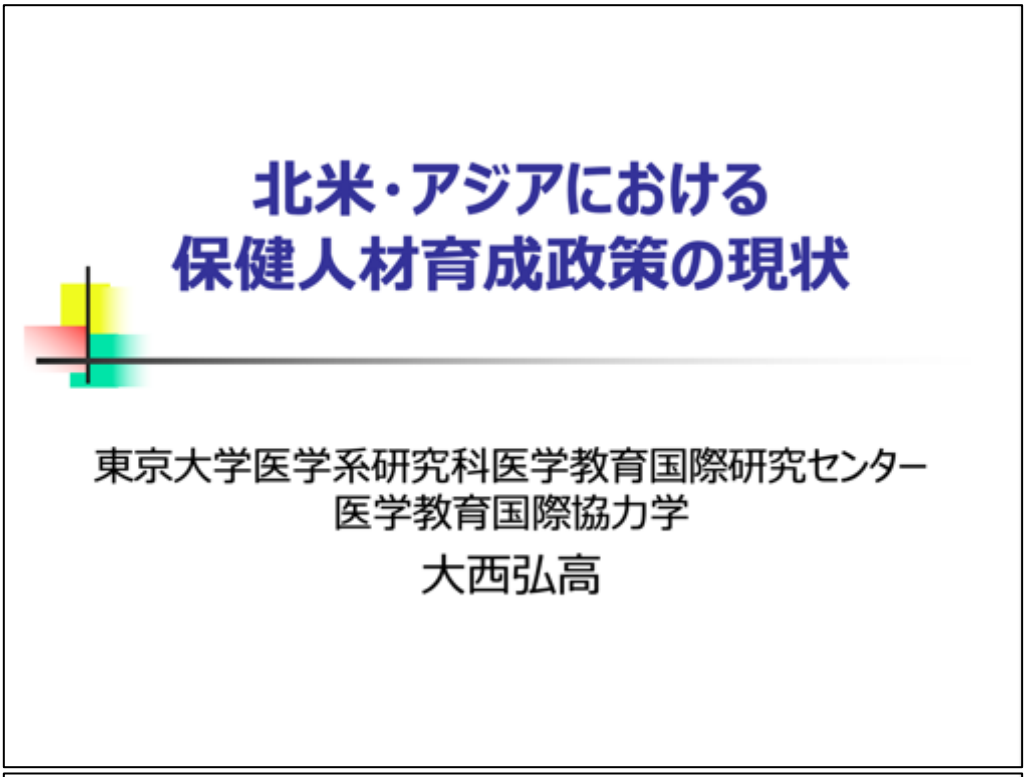
Sources

Appendices

APPENDIX 1. Key figures for the grades of the parts of the professional degree by part of the degree

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

研究協力者　　大西　弘高（東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター・講師）



日本での動き

- 卒前教育
  - 医学・歯学はモデル・コア・カリキュラムで改善した面があり、他分野に拡大中
- 卒後・生涯教育
  - 医・歯領域では、卒後臨床研修制度がある
  - 専門・認定といった分野特異的な資格も

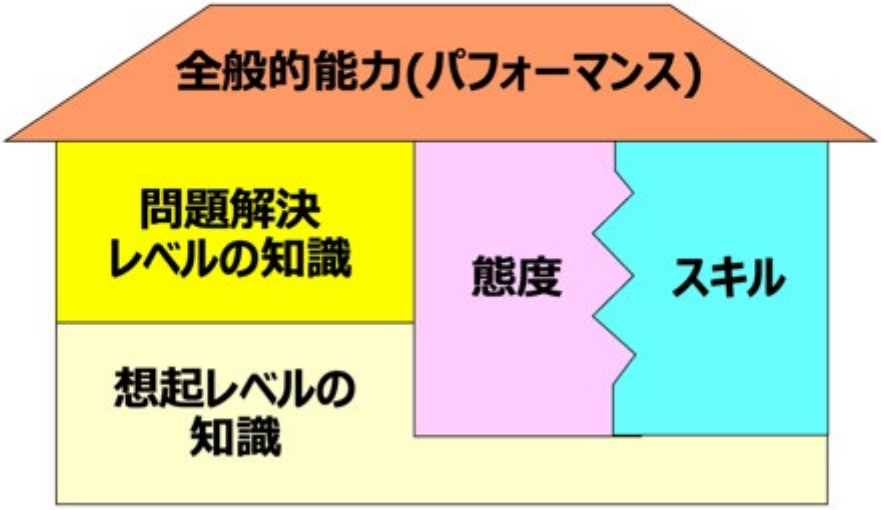
北米・アジアでの保健分野における共通課題

- 患者中心性、患者の自律性
- 情報化社会への対応
- 健康保険、universal health coverage
- 地域の文化、人的資源とのつながり
- 患者・当人への包括的対応
- 介護との境界分野の扱い

北米・アジアでの保健人材育成分野における共通課題

- 教育の質の向上
  - 臨床能力をどう位置づけ、どう指導するか ― アウトカム分離の要否、アウトカム領域とコンピテンシー、EPA (entrustable professional activity)
  - 多職種協働
  - コミュニケーション能力
  - プロフェッショナリズム ― 倫理、公正性、専門職意識、生涯学習
- 卒前教育と卒後教育の連携・棲み分け
- 職種間の業務の重なり重視

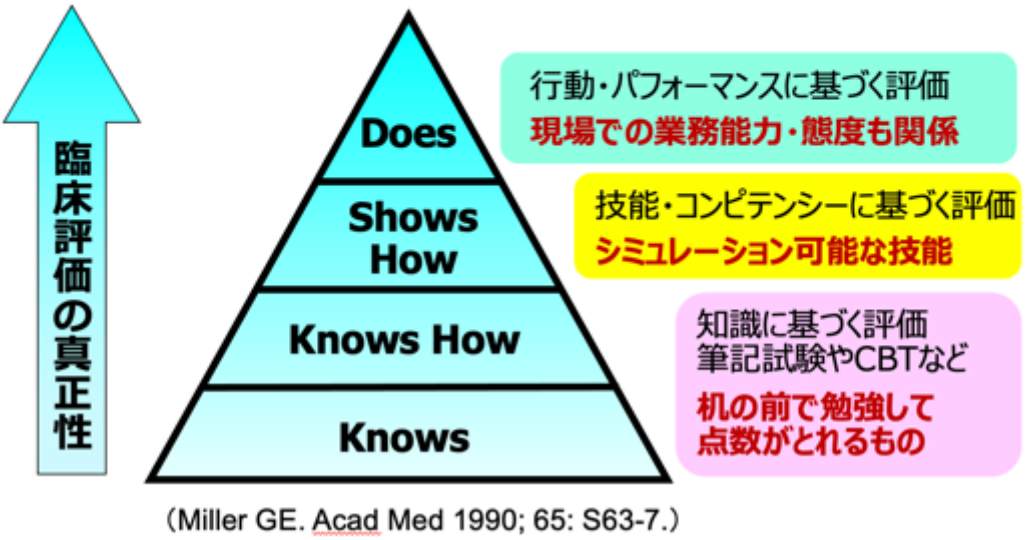
目標・教育・評価のバランス



推奨される評価方法

タキソノミー	推奨される評価方法
知識	MCQ，短答記述式
問題解決	口頭試問，小論文
態度	評価表
スキル	OSCE，実地観察
行動	WBA

臨床評価の真正性レベル



（Miller GE. Acad Med 1990; 65: S63-7.）

例：作業療法臨床教育における業務基盤型評価法の開発

- 2020年入学者より指定規則変更で参加型実習が必須
- 実習の変化
  - それまでは一例を深く学び、レポート記載で振り返る方法だった
  - 指導者は緩い監督（一部放置？）と現場振り返り
  - 評価は大学に戻った後に、レポートと一例のプレゼンで行う
  - その症例の運不運で成績は大きく異なる（症例特異性）
  - 今後は多数症例を経験し、学生評価の一部は現場指導者に
  - 現場指導者は指導方法、評価方法を詳細には学んでいない
- これらの変化に対応可能な評価方法の開発が必要

- 実習で決まっていること
  - 作業療法臨床実習の手引(2022)に従う ― 学生による業務基準、学ぶべき技能、MTDLP(生活行為向上マネジメント)
  - 見学→模倣→参加　という順序で進捗させていく
  - ルーブリック評価表
- 大学教員、指導者へのフォーカスグループ
  - 大学教員と指導者の業務分担が不明瞭
  - 実習が見学、模倣、参加と進捗させる基準が不明瞭
  - ルーブリックは詳細な項目が多いが、そもそも能力は一つでは？MTDLPは看護師が看護過程と呼んでいるものと同様で、深くそれを理解できているかどうかが、本質的な能力と言えそう

- 評価手法の開発
  - 評価は一項目。医学教育のRIMEモデルと同様で、報告R、解釈I、マネジメントM、指導Eのようなglobal rating scale。医学ではVSOPモデル(大西、2017)が開発済
  - 基本はMTDLPの能力を問う。これができているかどうかは見学ならその内容をプレゼンしてもらうことで、理解度を確認できる
  - 見学していても、プレゼンできない人は模倣しても患者に迷惑かける可能性あり、患者安全の観点からもこの評価は正当化
  - 評価はむしろ主観的でよい（業務基盤型評価の要点）
  - プレゼンする際に、患者の情報に関連して自分で調べるなどの振り返りが多々生じる。さらに指導者からのフィードバックが形成評価の意味合いを帯びる

- 今後の課題
  - 現場指導者がこの評価法を受け入れ、利用し、実際に上手く利用できると感じるか
  - 学生が実習、評価、指導者によるフィードバックを受け入れるか
  - 大学教員がこの方法を理解し、現場指導者に任せることができ、大学側の学生評価にも有用と感じるか
  - 見学、模倣、参加という進捗に学生間の差が出ることが平等でない公平(コンピテンシーに沿う)として受け容れられるか

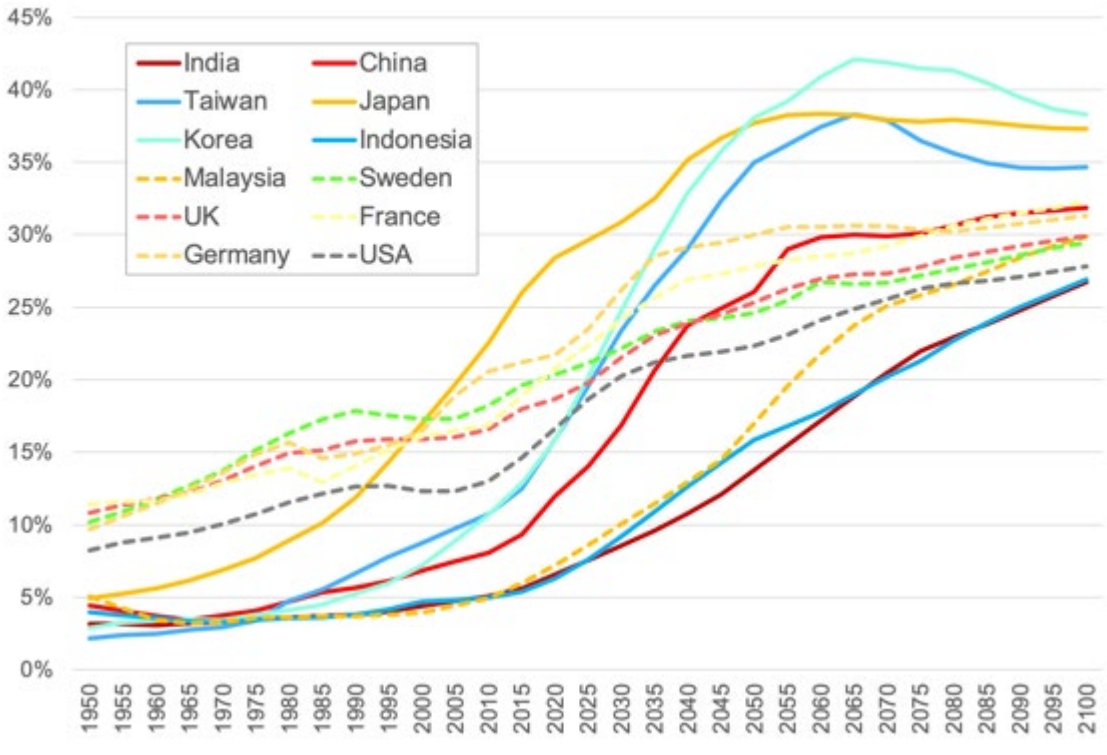
臨床前カリキュラムへの要求

- 北米医学教育カリキュラム
- 19世紀半ばまでOJTのみ→基礎医学による学問化
- 20世紀半ばより基礎医学と臨床医学の統合がスタート
- 日本では1991年の大学設置基準大綱化により、各大学のカリキュラム編成の自由化がスタートし、教養廃止等の動き
- 保健人材育成を大学で行う際、いわゆる「教養科目」は必要なのか明確な議論なしに変革が進んだ
- 質管理のみが分野別認証評価等で進みつつあるが、そもそも何を目指した教育がよいかのグランドデザインは不明瞭
- 韓国での医学教育４＋４(medical school)化はほぼ失敗に終わった

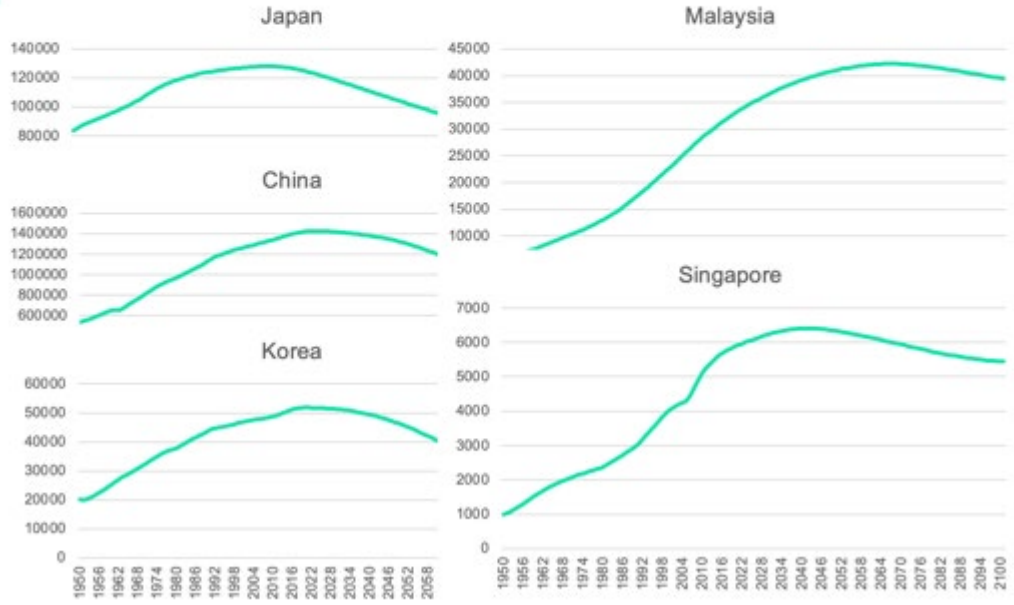
アジアにおける
保健人材育成政策の現状
part 2

東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター
医学教育国際協力学
大西弘高

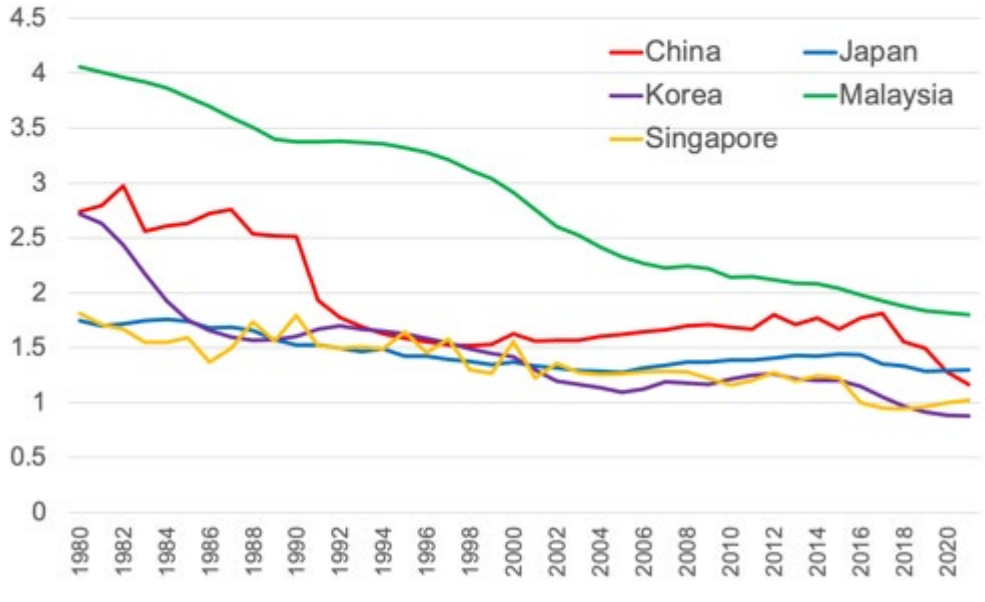
高齢者人口割合の諸外国との比較



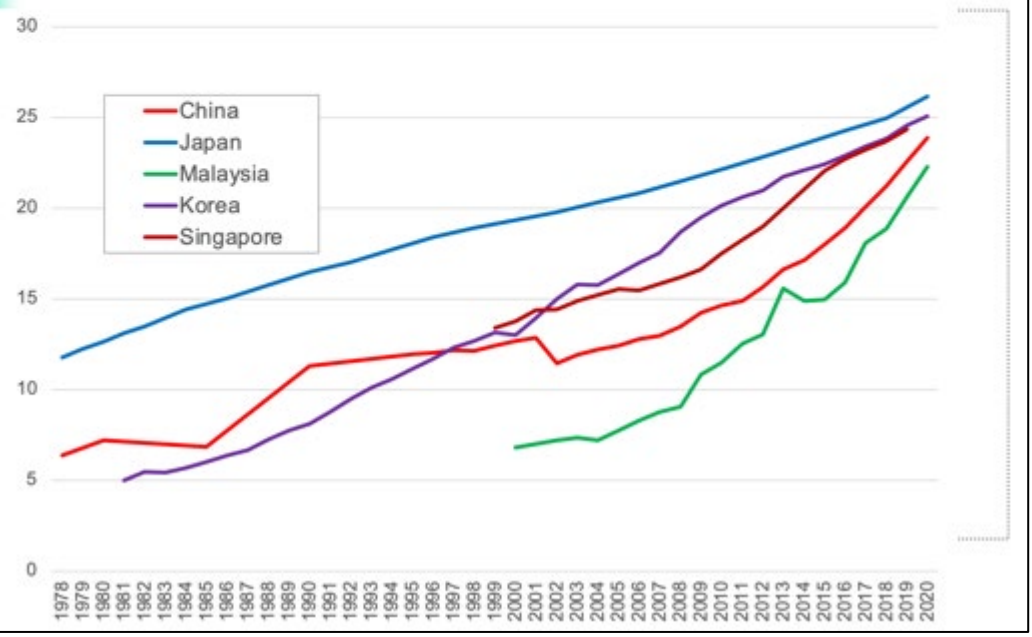
人口全体の変化（千人）



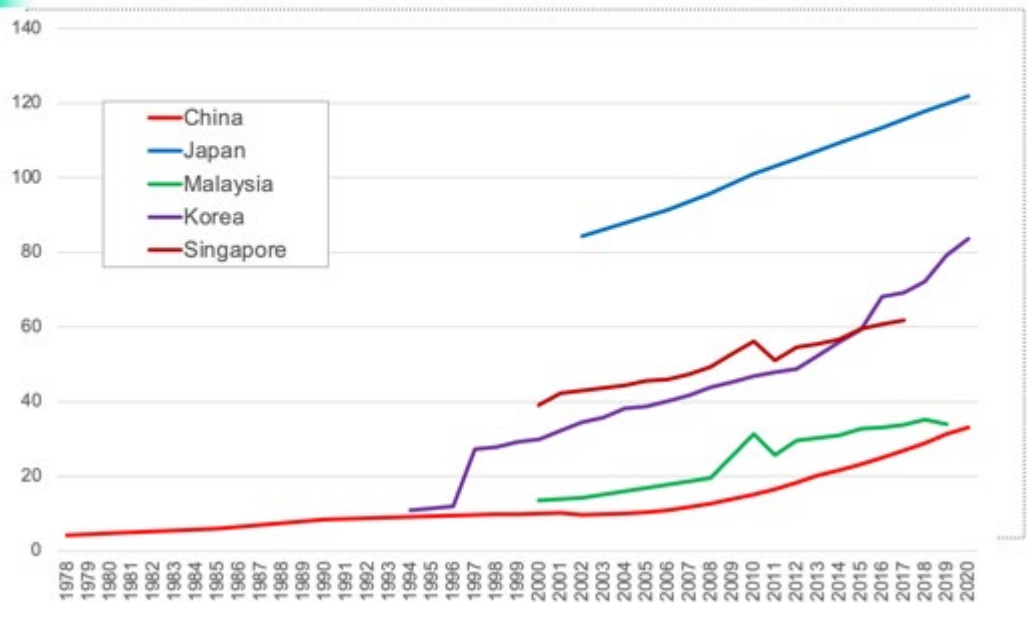
合計特殊出生率



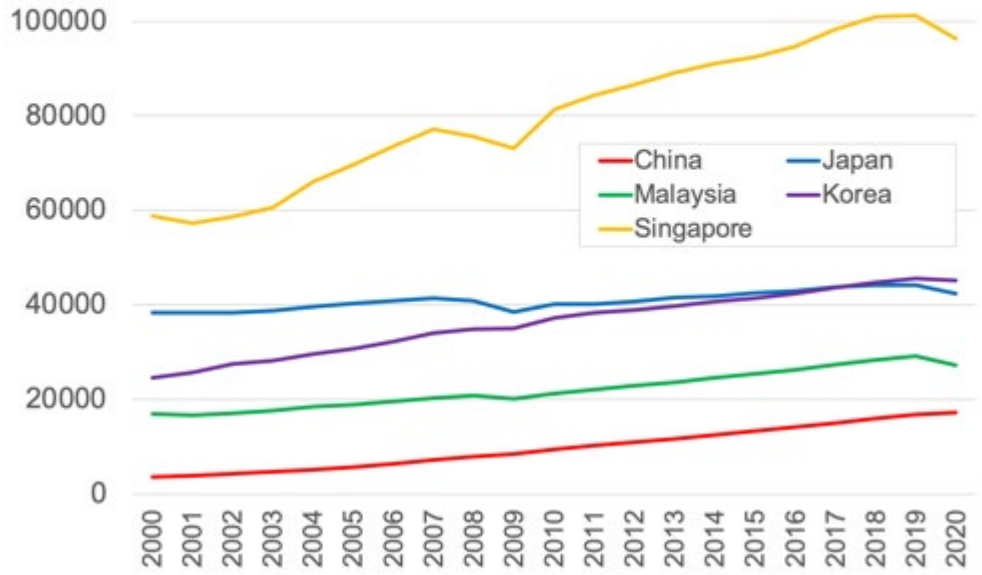
人口1万人あたり医師数



人口1万人あたり看護師数

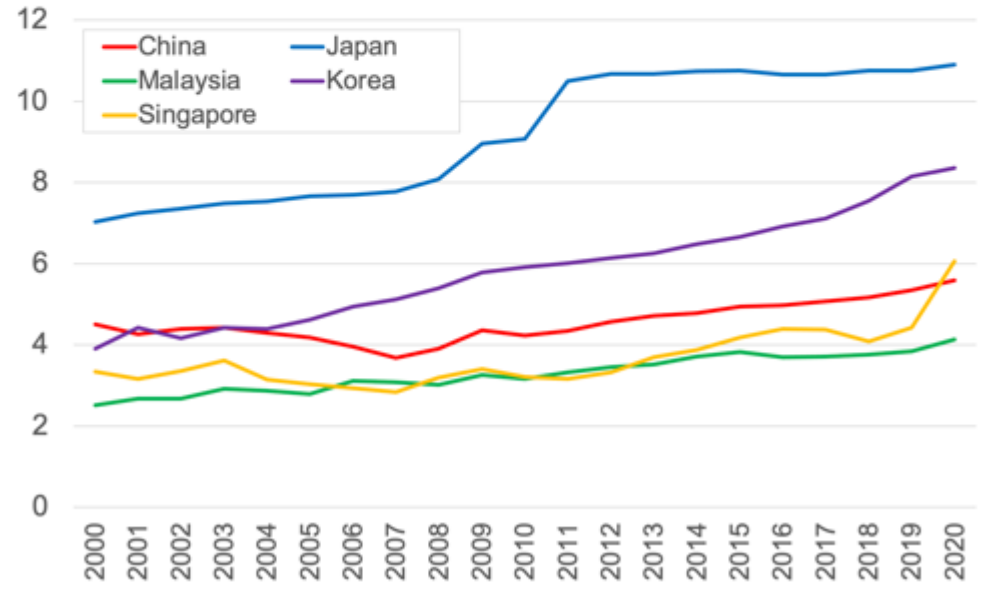


一人当たりGDP (PPP) USD

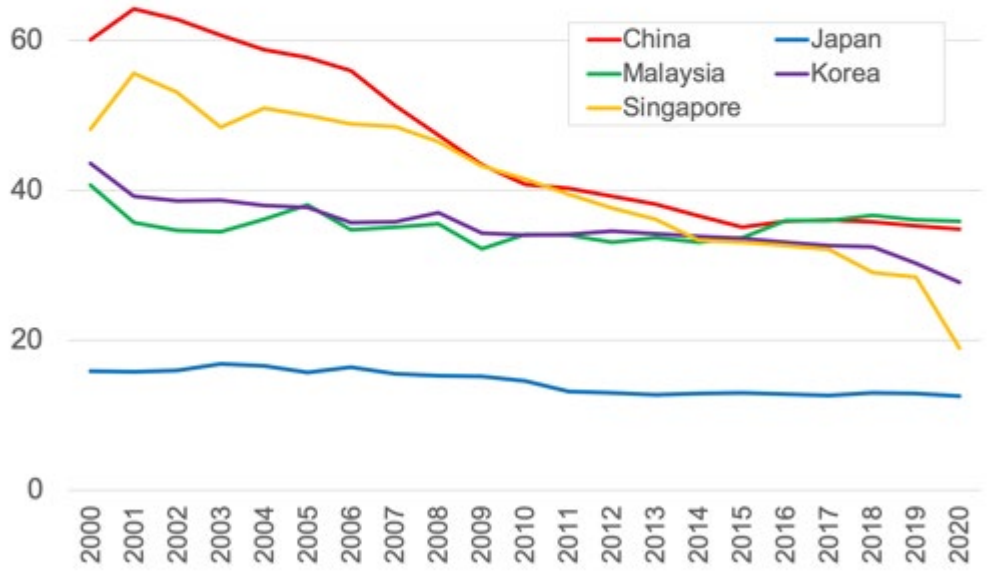


GDP当たり医療費（%）

(非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、介護費を含む)



医療費当たり自己負担（%）



韓国・中国の状況のまとめ

- 韓国
  - 出生率の著減と高齢化の世界一速い進行
  - GDPは日本を抜いた
  - 人口当たり医師数は日本と同様で、看護師数も急ピッチで増やしている
  - 医療費負担も伸びている
- 中国
  - 一人っ子政策の影響が生じ始め、インドにも人口で抜かれる
  - 高齢化の進行も速い
  - 人口当たり医師数は日本と同様で、看護師数も急ピッチで増やしている
  - 医療費の自己負担率はまだ高く、経済破綻医療支出の問題は大きい

韓国の老人長期療養保険制度

- 韓国では儒教的意識が強く、老親の面倒は長男が中心に嫁や娘の力も借りて看ていた
- 核家族化の進行や女性の社会進出に伴い、家族が高齢者の面倒を見ることが難しくなり、介護の社会化が必要となった
- 急速な少子高齢化、高齢者医療費増加は公的医療保険の財政状況を悪化させ、高齢者介護に限定した新しい制度の導入の必要性が高まった
- 韓国政府は2001年8月に介護保険制度の導入を表明し、2008年7月から「老人長期療養保険制度」を施行した

金明中．韓国の老人長期療養保険制度の現状と課題

日本の介護保険との相違

- 保険料率：日本は介護保険は別。韓国は公的医療保険の保険料に一定比率をかけて計算
- サービス利用者：65歳以上の高齢者や65歳未満の老人性疾患を抱えている者に制限
- 介護サービスの自己負担割合：韓国では在宅15%、施設20%と日本より高い
- 特別現金給付：へき地の人用に、家族介護援助を意図した現金給付も準備されている
- 区分：１～５等級で１等級が介護度が最も高い

長期療養保険の利用状況

- 申請者：2008年34万人、2018年101万人
- 認定者：2008年21万人、2018年67万人
- 認定者の高齢者人口に占める割合は8.8%で、日本の18%に比べるとまだ低い水準

合計	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級	*	
認定者数	67.1	4.5	8.5	21.1	26.5	5.4	1.1
%	100	6.7	12.6	31.5	39.5	8.0	1.7

- 認定者の中で、女性73%。65歳以上が95%

サービス機関数の推移

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
在宅サービス提供機関	8318	14560	14979	14918	15056	15704	16543	18002	19398	20377
訪問療養	4206	8446	9164	8709	8500	8620	9073	10077	11072	11662
訪問入浴	2959	6279	7294	7162	7028	7146	7479	8253	8957	9357
訪問看護	592	787	739	692	626	597	586	574	598	650
昼・夜間保護	790	1106	1273	1321	1331	1427	1688	2018	2410	2795
短期保護	694	1368	199	234	257	368	322	299	267	218
福祉用具	720	1086	1278	1387	1498	1574	1599	1700	1823	1892
老人療養施設	375	725	1078	1352	1646	2494	2714	2935	3137	3289
老人専門療養施設	482	488	450	411	369	2	--	--	--	--
老人療養施設(旧法)	522	482	415	334	244	1	--	--	--	--
老人療養協働生活家庭	321	934	1343	1572	1739	2150	2157	2150	2050	2015
老人療養施設(短期保護転換)	0	0	465	392	329	1	--	--	--	--

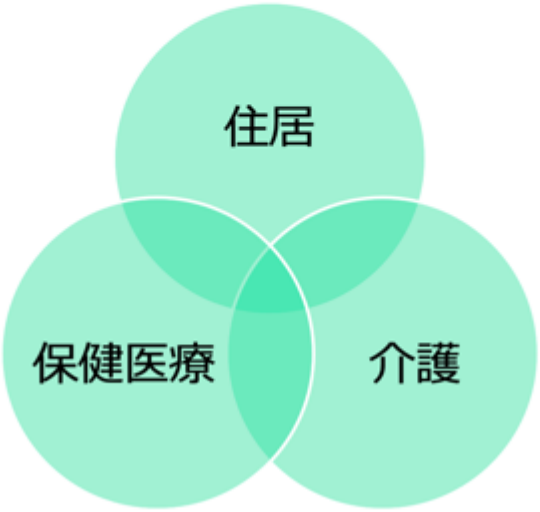
関係職種

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
社会福祉士	5862	6133	6751	7506	11298	13923	14682	18535
医師	997	1081	1142	1233	1324	1415	1663	2198
看護師	2986	2838	2735	2627	2683	2719	2675	2791
看護助務士	5069	5859	6560	7552	8241	9099	9080	9845
歯科衛生士	17	7	7	4	5	4	5	7
物理・作業治療士	1412	1530	1626	1740	1813	1952	1974	2024
療養保護士	229千	233千	233千	252千	267千	295千	313千	341千
栄養士	719	776	835	918	987	1046	1130	1160

- 療養保護士：介護福祉士やヘルパーに該当、240時間の講習、2020年時点で資格者150万人、業務する者34万人、月収は正規労働者平均の64%しかない

コミュニティ・ケア

- 日本の地域包括ケアシステムに該当



保健人材から見た韓国の課題

- 看護について
  - 看護師は、日本で言う「療養上の世話」はせず入院中も家族や看病人が付き添ってケア
  - 療養保護士がその隙間を埋めることも
  - 例：看護師が浣腸の薬液を腸内に注入。便が出たら、それを家族が後始末する

吉野淑代．韓国で看護師をしよう
https://jnapcdc.com/archives/4122

- 看護師と医師の関係
  - 基本的に対等に近いと看護師側は考えている
  - そのため、多くの国で看護師が多職種連携の要となるが、韓国では多職種連携教育・協働が特に注目もされず、あまり動きがないという

- 療養保護士教育機関の乱立
  - 釜山市で2008-09年の調査の結果、156カ所のうち81カ所で教材等の不正運営が明らかに
  - 以前は看病人の課程は赤十字の例で60時間、家庭奉仕員は有給で40時間、無休で20時間
  - 2010年に改訂された療養保護士用養成課程では、理論80時間、実技80時間、実習80時間の合計240時間

朴仁淑．韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護士養成の課題

医療者教育の質管理

- 韓国医学教育評価院（Korean Institute of Medical Education and Evaluation)が認証評価、基準策定、研究を一体化して運営
- 韓国教育省の認証、世界医学教育連盟の認定を受けた認証機関である
- 米国の海外医学生向け国家試験受験資格試験(FMGEMS)の受験資格を付与する権限を持つ

- 韓国保健医療人国家試験院が、様々な医療資格に向けた実技試験を実施
- 例えば、医師国家試験の一部にCPX (clinical performance examination)が2009年より開始された

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

ドイツにおける介護専門職の養成制度について

研究協力者　　木下　秀雄（大阪市立大学・名誉教授）

1. ドイツの職業訓練システムと介護専門職養成の骨格

(1) ドイツ職業訓練の「デユアルシステム」

- 基幹学校修了後に職業訓練とギムナジウム進学のコース分け(この間、「相互乗り入れ」が広がっている。職業訓練修了から大学への進学資格認定、あるいは一定の要件を満たせば学士号授与。また、大学での修学の中に専門職資格取得のためのカリキュラムが組まれ、資格認定される)。
- 狭義には職業訓練法(Beruffsbildungsgesetz(BBiG))又は手工業法（Handwerksordnung (HwO)）に基づく職業訓練制度。
- 職業訓練開始時における職業訓練実施事業所との職業訓練契約の締結。
- 職業訓練期間中の生活保障(職業訓練報酬の支払い)。
- 座学と実習の組み合わせ。

(2) 介護職、医療職の場合、「学校型職業訓練 schulische Berufsausbildung」といわれている

- 職業専門学校との契約。
- 授業料が必要な場合があった。
- 職業訓練報酬が支払われない場合があった。
    - ✧　奨学金、雇用促進法による転換職業訓練手当
- 座学と実習の組み合わせは同じ。「疑似デユアルシステム」ともいわれている。

(3) 2008 年高齢者介護法(AltPflG)から 2017 年介護職法（PflBG)へ

- 高齢者介護士養成、看護師養成、小児看護師養成などを総合。
- 「すべての年齢の人」と「すべての支援分野」を対象に統一的養成制度を資格名称。

① 背景事情　連邦と州(ラント)の立法権限配分
学校制度の規整は州の管轄、
医療、労働、公的扶助は連邦(も)管轄する
⇓
「学校型職業訓練」としての介護職・看護職要請について連邦が立法すること自体が議論になる。

② 高齢者介護専門職養成法の制定から、介護専門職全体の養成制度へ

- 当初、高齢者介護法の制定へ(2000 年可決、2001 年施行)
- 憲法訴訟により、高齢者介護専門職部分と同介護補助職が分離。
- 名称独占(過料あり)ではあるが、介護保険法やホーム法による規整と相まって「高齢者介護専門職員の労働市場を独占する」ことになる＝連邦立法管轄になる。

2. 2017 年介護職法(2020 年実施)の介護専門職養成制度について

(1) 概要

- 職業訓練受講年齢・受講資格
  中等教育終了(10 年の一般教育終了)がめど
- 職業訓練開始の手続き
  病院、介護施設との職業訓練契約の締結
- 職業訓練期間 3 年
- 実務指導員 Praxisanleiter 制度
- 授業時間数

授業	2100 時間	1・2 年次	1,400 時間	3 年次	700 時間
実習	2500 時間	同上	1,720 時間	同上	780 時間
			3,120 時間	1,480 時間	総計 4,600 時間

- 1 年次 2 年次が共通の授業。
- 3 年次に、「専攻 gewählte Vertiefungseinsatz」による時間数の違いが設けられている。この選択は職業訓練契約時点でまず行うことになっている(最終段階で変更可能なようであるが)。3 年次の専攻により、一般的な generalistische「介護専門職 Pflegefachfrau/Pflegefachmann」となるか、高齢者介護専門職 Altenpflegerin/Altenpfleger ないし小児看護専門職 Gesundheits-und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger、という名称になる。
- 他職種での経験の「換算」:介護専門職以外の職業訓練修了資格や部分的に修了した職業訓練単位をカウントすることで、訓練期間を 2 年にまで短縮することができる。
- 単科大学での学習と資格取得(単科大学 Hochschule でも資格取得可能)。
- 外国との資格の共通化:一般介護専門職は EU の他の国でも自動的に automatisch 通用するが、高齢者介護職と小児介護専門職は、個々の国ごとに承認されるかどうかにかかっている。
- 留保されている仕事:この法律自体の規定では名称独占にとどまるが、介護保険法、ホーム法、労働協約などと相まって、事実上「労働市場独占」(≒業務独占)。
- 職業訓練生について「事業所労働者代表制」の投票権が認められているほか、「青少年・職業訓練生代表制度」が存在する。

(2) 具体的ないくつかの数字(2020 年 12 月 31 日時点)

- 職業訓練生総数:5 万 3610 人(高齢者介護職の職業訓練生)1980 年 5000 人、1990 年代末 3 万 9000 人
  内 男性 1 万 3008 人(24, 3%)、女性 4 万 602 人(75,7%)
  内 年齢構成 6 歳未満 2,073 人
  17 歳 5,355 人

18 歳　　6,984 人
19 歳　　7,035 人
20 歳　　6,111 人
21－24 歳　　1,1136 人
25―29 歳　　5,910 人
30－39 歳　　5,427 人
40－49 歳　　2,862 人
50 歳以上　　720 人

内　フルタイム職業訓練生　5 万 3,103 人
　　パートタイム訓練生　　507 人

介護学校総数　1266 校　　就学訓練生数

- 公立　　390 校　　1 万 7301 人
- 私立　　258 校　　9918 人
- 公益法人立　　618 校　　2 万 6391 人

職業訓練報酬(2019 年時点)

- 1 年次　月額　約 1140 ユーロ
- 2 年次　月額　約 1202 ユーロ
- 3 年次　月額　約 1303 ユーロ

3. 介護専門職の労働条件規整

(1) 介護専門職労働者の概要

- 2015 年　　総数 156 万人
- 2020 年　　総数 178 万人　　内医療職　115 万人、高齢者介護職　63 万人
　　内パート職は医療職で 42, 9%、高齢者介護職　55, 2%

賃金動向(フルタイム労働者の月額賃金総額(中央値)の推移(2020 年))

- 全職種　女性　3171 ユーロ、男性　3565 ユーロ(2015 年比で約 11,2%上昇)
- 医療職　女性　3558 ユーロ、男性　3753 ユーロ(2015 年比で約 14%上昇)
- 高齢者介護職　女性　2871 ユーロ、男性　3041 ユーロ(2015 年比で約 22%上昇)

(2) 労働条件規整

- 労働協約

非営利公益事業体の中の非宗教系事業所と公立事業所については労働組合 ver.Di と事業者の労働協約が存在するが、それ以外については、労働協約が存在しないところが多数。

「送り出し法」に基づく「法令」で公的に労働条件基準を設定する。

問題は、外国からの介護労働者が、要介護者の個々の家庭に「雇われる」状況が広がってきていること。

- 労働協約や法令の規制対象外になる可能性がある。
- 「労働者」ではない、とみなされる可能性がある。

4. さいごに＝日本への示唆

- 訓練受講中の生活保障をどうするのか
- 資格取得後の労働条件をどう確保するのか
- 訓練の内容について

＜補足:2023 年 2 月 22 日＞

1. はじめに

- 2017年成立 介護職法における看護/介護職の統合プロセスについて
- 養成機関に対する業界団体による産業別費用負担の構造について
- ソーシャルワーカーと介護/看護師の距離感について

2. 高齢者介護職と看護職

(1) 高齢者介護サービス事業に従事する者の資格と職務(2019 年のものについて表二つ参照)

在宅介護分野の従事者数421,550 人

施設介護分野の従事者数796,489 人

- 介護サービスに医療看護職系の人がすでに相当数従事している。
- 他方で、無資格、他の職業資格者も相当数、介護サービス自体に従事している。
- 大学卒業者の介護サービスへの十字数は多くない。
- 2017 年介護職法成立時に医療系団体の反応について、立法時の各種団体の意見表明を見た限り、看護職養成課程の統合にはみな賛成している。

(2) 高齢者介護職と看護職の賃金の動向(2021 年介護職賃金(Entgelte von Pflegekräften 2021(12.Oktober 2022))から)

【表２】 看護師、高齢者介護士、専門職全体、全就労者の賃金

(フルタイム就労者の月額賃金 単位：ユーロ)

看護専門職	高齢者介護専門職	専門職全体	全就労者
3,807	3,344	3,259	3,516

【表３】 看護補助職、高齢者介護補助職、補助職全体、全産業平均賃金

(フルタイム就労者の月額賃金 単位：ユーロ)

看護補助職	高齢者介護補助職	補助職全体	全就労者
2,867	2,352	2,426	3,516

【表４】 勤務先と資格から見た賃金 (フルタイム就労者の月額賃金 単位:ユーロ)

	病院	介護施設	在宅サービス事業	勤務先を問わない平均
看護専門職	3,938	3,193	3,088	3,807
高齢者介護専門職	3,694	3,375	3,038	3,344
看護補助職	3,099	2.636	2,331	2,867
高齢者介護補	2,974	2,383	2,263	2352

- 高齢者介護職は、産業全体平均、看護師職に比べて賃金は低い。

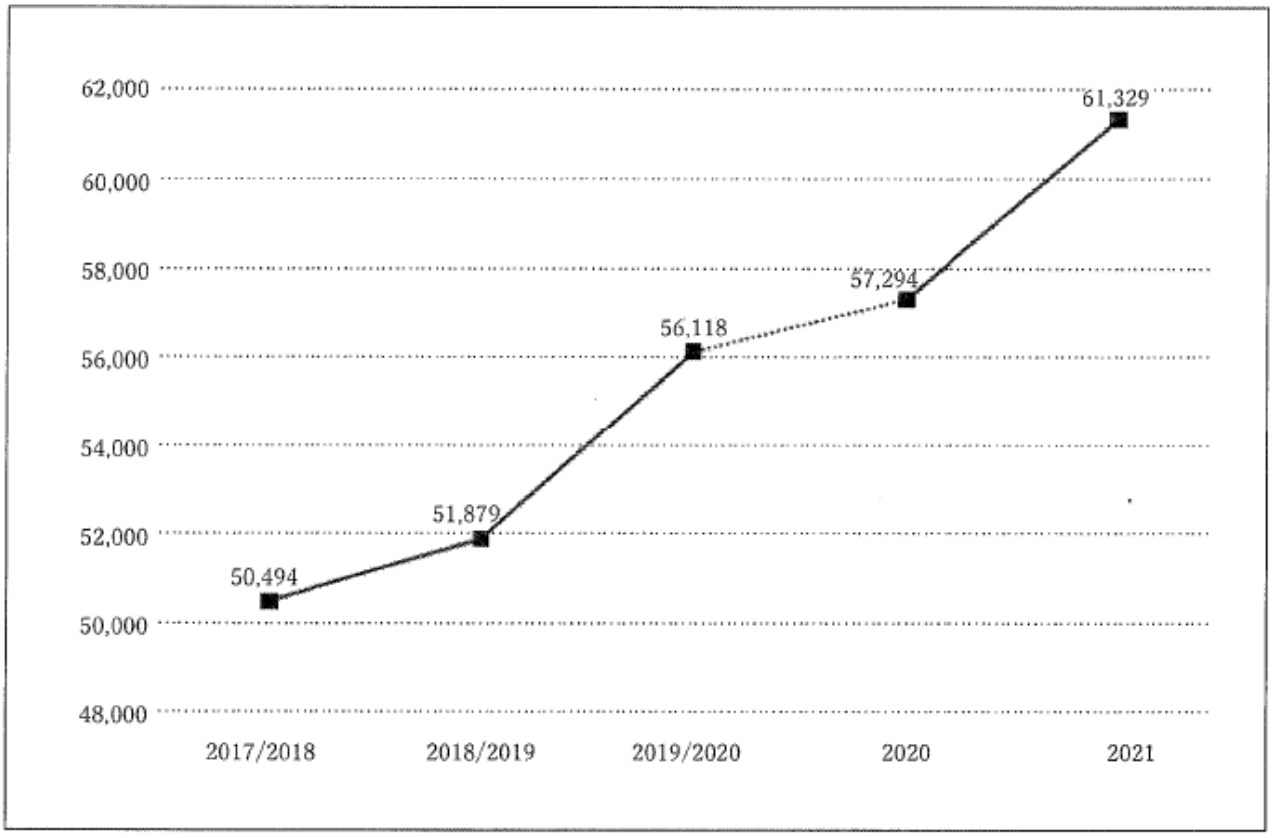
- 2012 年からの伸び率は他の産業や看護職より高く、2021 年について見ると、インフレの影響で、他の産業、看護職については実質賃金低下となっているが、介護職は伸び率がインフレ率を上回っていて、実質賃金で見てほぼ唯一増加している。
- 専門職で見る限りでは、看護職にほぼ追いついてきており、施設別でみると、介護施設では看護職の賃金を超えるに至っている。

3. 保育所に就労する者の資格と福祉職の専門性について

- 保育所に就労する者の資格と職務。
- ソーシャルワーカーと教育職。
- 保育所従事者は教育職ないし福祉職として社会問題対応に重点を置いた要請がされているようである。

4. 2017 年介護職法(2022 年からの全面実施)の実施状況(介護職養成制度の動向)

【図１】 介護職の職業訓練参加者の推移(注 1)　　(人)



(Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023) Zweiter Bericht、グラフ 1)

【表１】　高齢者介護職の職業訓練受講生総数の推移

（単位：人）

	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020
高齢者介護職	68,051	68,260	68,236	69,525	74,760
看護師職	63,570	64,273	63,707	64,512	67,137

・　介護職希望者が増えている。
・　高齢者介護職についても、介護学校の授業料無料＋訓練報酬　1 年目 1166 ユーロ、2 年目 1227 ユーロ、3 年目 1333 ユーロ(1 ユーロ 140 円で換算すると 18 万 6620 円)。

5. 訓練費用の産業単位賦課方式の問題状況瞥見

裁判例から。

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

デンマークにおける保健医療福祉職の基礎教育に関する考察

研究協力者　　銭本　隆行（日本医療大学　総合福祉学部　ソーシャルワーク学科・講師）

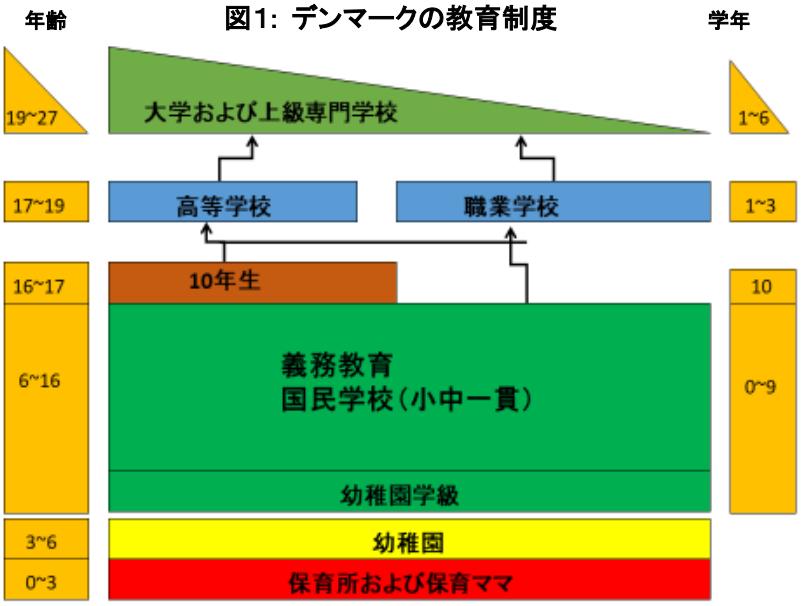
1. デンマークの教育制度と職業教育にかかわる政策の特徴

デンマークの教育制度は、日本に比べると比較的簡素である。未就学児に対しては幼稚園と保育所が並立しておらず、3～6 歳では幼稚園だけである。義務教育においても、小学校と中学校は基本的には分かれておらず、小中一貫である。義務教育終了後、高校に進む割合は 67%、職業学校では 32%である。職業学校では、学校での学習と、企業と連携した実習が交互に行われるデュアルシステムとなっている（岩田 2017）。

デンマークの資格枠組み（Kvalifikationsrammen, KFR）は、ヨーロッパ資格枠組み(EQF)に準拠したものであり、レベル1～8まで存在し、5が準学士、6が学士、7が修士、8が博士に相当する。

岩田によれば、1～5のレベルは「もっとも適合する」（best fit）の原則に則っており、「知識」「スキル」「能力」の総合的判断に基づくとされている。これらの 3 つの構成要素について、岩田は以下の表のように説明している。

図1: デンマークの教育制度



出所）各種資料に基づき筆者作成

表 1:デンマークの資格枠組みの3つの構成要素

知識	「性質と複雑さ」（nature and complexity、理論に基づくものか実践に基づくものか、一科目内のものか、科目領域や職業に関するものか、どれほど複雑なものか）と「理解」
スキル	「性質」（実践的か創造的かコミュニケーションに関することか）、「問題解決力」「コミュニケーション」
能力	「行動空間（space for action）」（どのような就業関係上ないし学習の文脈で、知識とスキルが稼働するのか）、「協力と責任」（どの程度自分と他人の仕事に責任を有するか、就業関係の複雑さはどの程度か）、「学習訓練」（どの程度、自分の学習訓練と能力発展に責任を取ることができるか）

出所）岩田克彦「海外諸国とわが国における資格枠組みと介護関係の資格（能力評価制度）との関係」をもとに筆者作成

職業学校教育とは、一般的に KFR でレベル5に位置し、教育期間は1年半～2年半（90,120,150ECTS）で、卒業資格は準学士に相当する。職業学士教育は、同じくレベル6に位置し、教育期間は3～4年間（180,210,240ECTS）で、卒業資格は学士に相当する。この2つの教育は、一つの法律「職業学校教育と職業学士教育に関する法」に含まれており、密接に連結している。これにより、職業学校教育修了後、原則1年半の追加教育を受けることが可能で、職業学士号を取得することができる。この対象となるのは、社会、技術、経済・商業分野の教育である。

成人向けの職業教育では、それまでの教育や経験を評価し、最大 20 週間の短縮が可能となっている。評価は「実能力評価」と呼ばれ、以下のように行われる。

インターネット上の公的サイトで、個人情報、教育、直前5～10年間の職歴を打ち込む。そのうえで、国民学校の卒業証明書または、別の教育や成人向け職業教育の証明書、給与明細や雇用契約書などの書類を提出し、これをもとに学校側が判断する。

表 2:デンマークの職業教育期間の短縮

	経験	評価期間	基礎課程	本課程
EUV1	25 歳以上で2年以上の関連職種の経験	半日~10 日間	なし	基本的に実習なしで学校での授業のみ
EUV2	25 歳以上で関連職種経験または以前に関連教育	半日~10 日間	0~20 週間	基本的に成人向け職業教育の授業と実習
EUV3	25 歳以上で関連職種経験も関連教育もなし	半日~10 日間	20 週間	若者の本課程と同じ

出所）UddannelsesGuiden をもとに筆者作成

2. 保健医療福祉職の位置づけ

デンマークの保健医療福祉職のほとんどが職業学士である。ただし、介護職といえる社会保健アシスタントと社会保健ヘルパーについては、国民学校卒業後に進むことも可能である教育であり、学士教育には相当しない。

以下は、それぞれの職種がデンマークの資格枠組み（KFR）と欧州資格枠組み（EQF）のいずれのレベルに相当するかを示した表である。

表3:デンマークの保健医療福祉関係資格と資格枠組みレベル

職種・資格	教育期間	KFR	EQF
医師	6	7	7
看護師	3.1/2	6	6
助産師	3.1/2	6	6
理学療法士	3.1/2	6	6
作業療法士	3.1/2	6	6
診療放射線技師	3.1/2	6	6
社会保健アシスタント	3.10	4	4
社会保健ヘルパー	2.2	3	3
ソーシャルワーカー	3.1/2	6	6
ペダゴー（保育士、指導員など）	3.1/2	6	6
臨床検査技師	2.1/2	5	5

出所）UddannelsesGuiden をもとに筆者作成

3. 座学と実習の組み合わせやそのウェイト

2008 年3月制定の「職業学校教育と職業学士教育に関する法」で、これらの教育を受ける者に最低 6 カ月間の実習が義務化され、学校での教育と実習が交互に行われていくというデュアルシステムがデンマークでは一般的となっている。

教育省の HP によれば、「実習と座学の連結は高等教育におけるコーナーストーンである。すべての学生は、未来の職業に関連し、理論的知識を試し、能力を研ぎ澄ますのに役立つ実習期間をやり遂げなければならない」とされている。

なお、実習期間は職種により大きく異なり、主な保健医療福祉職については以下のとおりである。
・ 看護師は、教育期間3年半のうち、1年2カ月。
・ 理学療法士は、同じく7カ月。
・ ペダゴーは、同じく1年2カ月。
・ 社会保健アシスタントは、基礎課程約1年間を除いた教育期間約2年10カ月のうち、約1年10カ月。

4. 3職種を統合した「ペダゴー」

ここでは、1992年に3職種を統合して創設された「ペダゴー」を取り上げ、その経緯と教育内容について概観する。

(1) ペダゴーの仕事

ペダゴーは、障害者関連施設、学校、保育施設等で、児童、障害者、問題を抱える人の支援を担う。高齢の障害者の増加とともに、作業療法的なアクティヴィティーも行うため、障害者の認知症ケアに関わることは増えてきているが、一般的な認知症高齢者のケアに関わることは滅多にない。

なお、介護職とは異なり、身体介護は行わないため、例えば重度心身障害者の日常生活介護は、社会保健ヘルパーや社会保健アシスタント(後述)が行う。

給与は、職場の多くは学校でもあり、教員並みである。

(2) 歴史的経緯

1992年に、幼稚園ペダゴー、自由時間ペダゴー(学童保育)、ソーシャルペダゴー(障害児・者)が「ペダゴー」に統合された。背景は次の2つである。

① 最初に幼稚園ペダゴーが誕生、障害児への関わりから、社会ペダゴーが1960年代に誕生し、障害者、問題を抱える成人へと分野が広がっていった。一方で、一般児童と障害分野で専門性は分化していた。しかし、「共通した専門性がある」との意見も根強かった。

② 1980年代に社会民主党政権が目指した大きな政府による福祉国家に対する疑問から、1989年に保守政権に交替し、教育分野で5千万デンマーククローナの削減を目指していた。特に人文系の教育分野は削減対象とされ、ペダゴー教育は3分の1の削減とされた。その中で、政府は3つのペダゴー教育の統合、実習期間を省いて教育期間の短縮を目指した。
教育の統合は実現したが、教育期間については強硬な反対のため、実習期間を延ばして含められ、これまでの3年から3年半に延長された。

統合に対する賛否はこれまで数多く議論されてきた。代表的な意見として、統合による収穫は、職種の認知が進み、大学院教育、国際的教育へと道が開けたこと、弊害は、専門性が薄まり、教育では“緩やかな専門性”と呼ばれ、特定の対象グループをターゲットにした専門性の獲得は大幅に減り、“個人的成長”と“社会責任”が大きな教育目標となったことである。

こうした中、2001年に、ペダゴー教育の修了者には、「職業学士号」が与えられることになった。併せて、修士2年、博士3年の大学院教育もはじまった。これにより、ペダゴーのさらなる発展が可能となり、かつ国際的にも活躍できる幅が広がった。

2007年には、より実践的な内容を目指し、5つの理論科目(「教育学」「心理学」「社会学」「保健」「コミュニケーション・組織・管理」)が、3つ(「教育学」「個人・施設・社会」「デンマーク・文化・コミュニケーション」)になった。

2014年には、教育内容が大幅に変更され、1年間の基礎課程修了後、①幼稚園ペダゴー(0－5歳)、②学校・学童ペダゴー(6－18歳)、③社会・特別ペダゴー(障害児、者、その他)のいずれかの専門分野を選ぶことになった。背景には、1992年の統合以来くすぶっていたペダゴーの専門性に関する問題が、近年の専門的ニーズを持つ対象者の増加の中で再浮上し、改めてペダゴーの専門性を増す教育内容とする必要が生じていたことがある。

ただし、それぞれの専門分野を選択しても、教育修了後の資格名は「ペダゴー」であり、資格自体が分化された

わけではない。

(3) 入学資格

・第1グループ：高校での全国統一学生試験の結果で選抜
・第2グループ：社会経験などで選抜
なお、以下の者は、実習半年分程度が省かれ、教育期間の3年間への短縮が可能である。
対象者：最低5年以上の職業経験のうえ、高校卒業資格、または社会保健アシスタント＋デンマーク語 C レベルと科学レベル C と英語 D レベル、またはペダゴー補助資格＋デンマーク語 C レベル＋社会 C レベルと英語 E レベル、または4つの高校科目合格―デンマーク語 A レベルと英語 B レベルと社会 C レベルと自由科目 C レベル―。
つまり、高校卒業レベルで最低5年の実務経験があれば、実習半年分程度が省かれ、教育期間は3年間となる。

(4) 教育期間・教育内容の構成

教育期間は3年半で、半年ごとの7学期ある。1学期は3節（モジュール）に分かれ、21節ある。
1節10ETCS、計210ECTS で、修了すれば職業学士が取得できる。
1～7節までは基礎課程として全学生共通であり、その後、以下の3つから専門分野を選択する。

① 幼稚園ペダゴー（0－5歳）：日本の保育士や幼稚園教諭に相当する。
② 学校・学童ペダゴー（6－18歳）：学童ペダゴーは日本の学童保育での保育士に相当する。学校ペダゴーは、クラスを教員と一緒に担任し、図画、美術、体育などの副教科を担当することが多い。知識教育より、生徒を生活指導などの人格面から支える。
③ 社会・特別ペダゴー（障害児、者、その他）：日本の障害分野における指導員に相当するが、受けてきた教育の中でアクティヴィティーやソーシャルワークも学んできており、専門性は高い。対象には、ホームレスや売春婦などのさまざまな問題を抱える人も含まれる。

「理論」（学校で学ぶ授業：オンライン授業も導入）と「実習」とを繰り返すデュアルシステムとなっており、教育期間中、計4回の実習がある。さまざまな専門性を目指す学生に対応し、かつ学生の自己解決能力を高めるため、チーム学習、プロジェクト学習、テーマ学習が一般的である。そのうえで、学んだ理論を実践に置き換える実習を交互に行っていく。

授業科目は、一般教育理論のほか、アクティヴィティー、運動、音楽（リズム）、芸術、アウトドア、コミュニケーションなどが含まれ、より実践的な内容となっている。

表 4:ペダゴーの教育課程の構成

学期	節	テーマ	ECTS		
1	1	教育学へ	10	基礎課程で全学生共通	教育的環境とアクティヴィティー
	2	性、セクシャリティ、多様性	10		
	3	インクルーシブな共同体	10		
2	4	第1回実習	10		教育実践
	5	ペダゴーの職業	10		職業と社会
	6	民主主義と市民権	10		
3	7	決定権限を持つ人としてのペダゴー	10		
	8	第1回専門	10	専門分野3つのうちの1つを選択	
	9	第2回実習	30		
4	10				
	11				
	12	第2回専門	10		
5	13	学際的職業連携	10		
	14	自由選択分野	10		
	15	第3回実習	30		
6	16				
	17				

	18	自由選択分野	10		
7	19	職業的知識と研究	10		
	20	第4回実習と学士プロジェクト	実習5、学士プロジェクト15		学士プロジェクトに絡んだ実習
2	21				

出所）Studieordning Pædagoguddannelsen ved UCL をもとに筆者作成

(5) 1年目の基礎課程（モジュール1-7）の分野と能力目標

「ペダゴーの職業学士教育に関する法の付則1」で定められたペダゴーの基礎課程における能力目標は、以下のとおりである。

～～～

これらの分野内での芸術的で手作業的な作業工程と表現方法、教育的・教訓的なアクティヴィティー	芸術的で手作業的な工程を準備、実行、評価する
教育実践の準備、調査、開発への科学的な根拠に基づいた取り組みとメソッド、これらの下でのエビデンスベースのメソッド、どうやって実際にそれらは使えるのか	教育実践のための理論とメソッドを述べ、使用する

分野2:職業と社会
この分野は、ペダゴーという職業の稼働領域と実際の条件の社会的、歴史的文脈を指向する

能力目標:学生は、社会、歴史、施設、職業の関連性から、教育的仕事を専門的に根拠づけることができる

知識目標:学生は以下に関する知識を持つ	達成目標:学生は以下ができる
市民権と民主主義に関する福祉社会の発展とグローバル化	子供、若者、成人の市民権と民主主義形成の促進を考慮し、教育的アクティヴィティーを行う
ペダゴーという職業の発展と時に連れて変化する教育的模範に対する基礎的な力点	教育実践と社会における実際の模範を分析、議論、評価する
近くの他職、決定権限を持つ者、公共機関との関連の中でのペダゴーという職業の立ち位置	他職との連携と関連する社会施設とのやり取りの中で自身の専門性を持ち出す
関係、職業、社会の中で開く職業倫理と価値観	教育的関係性の中で価値観と倫理的ジレンマを分析し、評価する。関係性ある仕事の中での自身の役割を分析、評価する
子供、若者、成人の誤った育て方やケアの危険要因とサイン	教育実践の中で誤った育て方やケアのサインを示す子供、若者、成人を確認、対応する
プロとしてのコミュニケーション	子供、若者、成人、家族、決定権限を持つ者などとのプロとして対話する
ペダゴーの仕事を実行するための政治的、組織的、法制度的な枠組みと条件	存在する枠組みと条件の中でのペダゴーの仕事と挑戦を確認し、これらの枠の中で対応の可能性を示す

分野3:教育実践－第1回実習
この分野は、ペダゴーの業務分野の中での教育実践への参加を指向する

能力目標:学生は、実習現場での教育実践に参加することを通して、ペダゴーの活動に根拠づけ、準備、実施、評価を行い、自身の現場での学びのプロセスを評価できる

知識目標:学生は以下に関する知識を持つ	達成目標:学生は以下ができる
実習現場での対象者並びに実習現場の教育的・社会的業務	ペダゴーの仕事の準備において実習現場の社会的役割についての知識を使用する
教育実践と教育メソッドの効果の目標設定、準備、組織化	異なる教育メソッドの効果に関する知識を用いながら、教育実践の目標設定、準備、実行、評価する
評価、調査、文書化のフォーム	教育実践への自身の参加を文書化、評価し、自身の学びのプロセスの質に反映する
健康的な食品、食事文化、衛生、内部の雰囲気の保健的かつ形成的な意味	ペダゴーの仕事の準備における保健と保健の枠組みに関する知識を使用する

～～～

(1) 社会保健アシスタントとヘルパー

主に高齢者介護サービスに関わる施設、重度身体障害者の施設で介護に従事する。社会保健アシスタントは医療についても一定程度教育を受けているため、精神障害者の介護も担うことは多い。

それぞれの教育期間と資格枠組みは次のとおりである。

・社会保健アシスタント　2年9カ月3週間＋基礎課程約1年(KFR4)
・社会保健ヘルパー　　1年2カ月＋基礎課程約1年(KFR3)

基礎課程は、学歴や社会経験によって短縮が可能である。

両職種共、介護を中心に医療福祉などの教育内容だが、社会保健アシスタントでは、看護学や薬学なども入り、より医療的な業務を担えるようになっている(デンマークの介護施設では、日常の医療行為は社会保健アシスタントができるため、看護師は常駐していないのが一般的である。看護師は必要に応じて訪問することになる)。

(2) 他の教育との互換性―メリット教育

社会保健アシスタントやヘルパーのような介護福祉職と看護師や理学療法士などの保健医療職の資格や基礎教育を統合する方向性は現時点ではデンマークではない。

ただし、社会保健アシスタントから看護師の資格を取得する者は増えており、2000年に64人だったが、2009年には168人と63%増加した(デンマーク看護協会の機関誌「看護師」2011年9月)。理由としては、介護の現場においてさまざまな医療的課題が生まれてくる中で、専門性を増したいという思い、また、コムーネにおける福祉分野の改革の中で、介護職よりも安定していると考えられる医療職としての看護師を目指す等が挙げられるという。

社会保健アシスタントなどの介護職が看護教育を受ける場合、期間を短縮する「メリット教育」(Merituddannelse)が可能である。短縮期間は一定のパターンはあるが、過去に受けた教育の中で関連科目があれば個別に考慮される。

以下は社会保健アシスタントが看護師教育を受けようとして、短縮される場合の条件である。

① 看護教育3年間に短縮
対象:社会保健アシスタントでデンマーク語 C レベル、科学 C レベル、英語 D レベル。

② 2年半に短縮
対象:上記の条件のほか、高校教育相当または4つの高校科目合格(デンマーク語 A レベル、英語 B レベル、社会または心理学 C レベル、化学または数学または物理または生物 B レベル)、並びに過去5年以内に社会保健アシスタント教育を終えて9カ月以上(1,442時間に相当)の現場経験がある場合である。省かれるのは、2－4－6－7節の実習である。

社会保健アシスタントがペダゴー教育を受ける場合は、以下の条件を満たせば教育期間3年間への短縮ができる(再掲)。

対象者は、最低5年以上の職業経験のうえ、高校卒業資格、または社会保健アシスタント＋デンマーク語 C レベルと科学レベル C と英語 D レベル、またはペダゴー補助資格＋デンマーク語 C レベル＋社会 C レベルと英語 E レベル、または4つの高校科目合格―デンマーク語 A レベルと英語 B レベルと社会 C レベルと自由科目 C レベル

6. 考察

(1) デンマークの職業教育

デンマークでは、日本では高校に相当する中等教育の時点から多様な職業教育が提供されている。さらにKFR5に相当する職業学校教育、EQF6に相当する職業学士教育、大学院教育、へと専門性が増していく進路が用意されていた。これは、本人の可能性を広げ、かつそれぞれの分野の専門性を高める仕組みである。

特に保健医療福祉職については、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの主な資格の教育期間は3年半で、職業学士教育に位置付けられていた。福祉職のひとつであるペダゴーは、日本の保育士、幼稚園教諭、障害者事業所の指導員を統合した資格であり、この資格が職業学士に相当するのは、よりレベルが高い福祉サービスを提供することに寄与しているものと思われる。

(2) ペダゴーの基礎教育課程

ペダゴーは、それまでの幼稚園ペダゴー、学童ペダゴー、社会ペダゴーの3職種を統合した資格として1992年に誕生し、教育も統合された。「共通した専門性」という基本的な理由と「教育費の削減」という時代的背景があっ

た。しかし、資格・教育の統合がなされたことにより、ペダゴーという資格はより確固としたものとなり、その後、大学院教育がはじまるように、ペダゴーの分野の内外にわたる強化に寄与したことは評価できる。

なお、近年、多様なニーズを持つ対象者が増えてきたことから、2014年より、1年間の基礎教育課程の後にそれぞれの専門分野に分かれるように教育内容が変革された。ただし、資格自体が分化したわけではなく、この変革は3職種統合の失敗を意味するものではなく、時代背景に基づく教育内容の変更に位置付けられるとみられる。

(3) 保健医療福祉職の教育の互換性

保健医療福祉職は、それぞれの資格枠組みにレベルの違いがあるため、すべてを網羅する基礎課程は存在していない。しかし、メリット教育のように、入学以前に実務経験があれば実習期間を省いて教育期間を短縮することができるようになっている。特に介護職である社会保健アシスタントから進む場合には、多くの実習を省略することが可能である。こうした融通性は、社会人が再教育を受けるときには大きな利点となり、社会にとっても、再教育を受けた労働者が市場に戻ることで、労働力の確保に役立っていると思われる。

7. 結論

デンマークには保健医療福祉職に共通した基礎課程は存在しなかった。資格枠組みのレベルの違いで簡単に一緒にできるものではないとみられる。しかしながら、ペダゴーについては、それまでの3職種の統合を果たしており、「共通した分野」においては可能であることを示している。また、以前の教育や経験によって教育期間の短縮が認められるメリット教育は、学び直しができる社会の創造に大きく役立ち、かつ不足しがちな保健医療福祉分野における人材確保にも役立っているとみられる。

参考文献

K. Tuf. (2015), *Pædagoguddannelsen*, Leksikon for det 21. århundrede https://www.leksikon.org/art.php?n=5218

Agnete Engberg(2017), *Pædagog*, Den Store dansk, Gyldendal http://denstoredanske.dk/Erhverv,_karriere_og_ledelse/P%C3%A6dagogik_og_uddannelse/P%C3%A6dagogik,_didaktik_og_metodik/p%C3%A6dagog

Ivan Enoksen, Steffen Hagemann, Morten Bonde Pedersen, Vibeke Bye Jensen, Stine F. Mathiasen(2003), *En pædagogisk historie,* Børn&Unge, BUPL

Undervisningsministeriet, *Uddannelses Guide*, https://www.ug.dk/

University College Lillebælt, *Pædagoguddannelsen*, https://ucl.dk/uddannelser/paedagoguddannelsen-ved-ucl/paedagoguddannelsen/

Katrine Raahauge Nygaard(2011.9), *Sygeplejersken,* Dansk Sygeplejeråd

岩田克彦(2017),「海外諸国とわが国における資格枠組みと介護関係の資格(能力評価制度)との関係」, 日本介護福祉士養成施設協会「2016年度新しい介護福祉士養成教育に関する検討会報告書」

＜2023年1月19日付:補足＞

1. 専門職組合と専門職養成教育との関連について

(1) 社会保健分野

2020年に、政府、FH(労働運動中央組織)、コムーネ全国連合、レギオーン連合は、社会保健ヘルパーとアシスタントになるための教育で、より学生を惹きつけるために、25歳以上の学生を教育開始から雇用して給料を支給することに合意した。同時に、政府とFOA(専門職と仕事)、コムーネ全国連合、レギオーンは、学ぶ場所をより多く確保することでも合意した。

また、社会保健教育や職場についてのネガティブなイメージを覆そうと、政府、FOA、コムーネ連合、社会保健学校連合などは2022年、キャンペーンを張ることで合意した。

常に社会保健分野の専門職教育に関することでは、FOAや社会保健学校連盟が加わり、諮問を受けるなどして決定される。

(2) ペダゴー分野

BUPL(Børne- og Ungdomspædagogernes Landsorganisation、児童・青年ペダゴー全国組織)は、6万人のペダゴーが会員である専門職組合である。BUPLは、ペダゴー教育と追加・継続教育との協力のための6つの政治目標を掲げている。

- 協力な共通した職業的アイデンティティを持つペダゴー教育
- ペダゴー教育と教育実践との密接な連携
- 実習場所は強力な教育機関である
- 資格と実践指向の追加・継続教育
- ペダゴーの専門性を持ったリーダーを対象とした追加・継続教育
- より訓練されたペダゴー

BUPLはこれらの政治目標について、議論を喚起し、教育内容の決定に影響を及ぼすことを期待している、としている。

2. 介護職から社会保健アシスタント、看護師までのキャリアラダーのあり方について

キャリアラダーについては、以前書いているので再掲して紹介する。看護師学校のHPをみると、社会保険アシスタントを持っていれば、看護師教育は2年半で終わる、という内容のものが見受けられ、学生募集に利用しているとみられる。しかし、介護ヘルパーからアシスタントは一連の流れの中にあるが、さらなる看護師への誘導は必ずしもソリッドなものではない。

(1) 社会保健アシスタントとヘルパー

職場:主に高齢者介護サービスに関わる施設。介護が専門のため、重度身体障害者の施設で介護に従事するも働く。また、社会保健アシスタントは医療についても一定程度教育を受けているため、精神障害者の介護も担当することは多い。

それぞれの教育期間と資格枠組みは次のとおりである。

教育期間

社会保健アシスタント　2年9カ月3週間　＋基礎課程約1年　(KFR4)

社会保健ヘルパー　　1年2カ月＋基礎課程5カ月　約1年　（KFR3）

基礎課程は、学歴や社会経験によって短縮が可能である。

両職種共、介護を中心に医療福祉などの教育内容だが、社会保健アシスタントでは、看護学や薬学なども入り、より医療的な業務を担えるようになっている。そのため、（デンマークの介護施設では、日常の医療行為は社会保健アシスタントができるため、看護師は常駐していないのが一般的である。看護師は必要に応じて訪問することになる）。

(2) 他の教育との互換性―メリット教育

2000年に社会保健アシスタントから看護師の資格と取ったのは、64人だったが、2009年には168人と63%増加した（デンマーク看護協会の機関誌「看護師」2011年9月）。理由としては、介護の現場においてさまざまな医療的課題が生まれてくる中で、専門性を増したいという思い、から、とされている。また、コムーネにおける福祉分野の改革の中で、介護職よりも安定していると考えられる医療職としての看護師を目指すことも理由として等が挙げられるという。

社会保健アシスタントなどの介護職が看護教育を受ける場合、一からではなく、期間を短縮する「メリット教育」（Merituddannelse）が可能である。短縮期間は一定のパターンはあるが、過去に受けた教育の中で関連科目があれば個別に考慮される。

以下は社会保健アシスタントからが看護師教育を受けようとして、短縮される場合の条件である。

① 看護教育3年間に短縮

対象：社会保健アシスタントでデンマーク語Cレベル、科学Cレベル、英語Dレベル。

② 2年半に短縮

対象：上記の条件のほか、高校教育相当または4つの高校科目合格（デンマーク語Aレベル、英語Bレベル、社会または心理学Cレベル、化学または数学または物理または生物Bレベル）、並びに過去5年以内に社会保健アシスタント教育を終えて9カ月以上（1,442時間に相当）の現場経験がある場合である。実習が一部省かれる。

(3) ペダゴーとの互換

社会保健アシスタントからペダゴー教育を受ける場合は、以下の条件を満たせば教育期間3年間への短縮は可能。対象者は、最低5年以上の職業経験のうえ、高校卒業資格、または社会保健アシスタント＋デンマーク語Cレベルと科学レベルCと英語Dレベル、またはペダゴー補助資格＋デンマーク語Cレベル＋社会Cレベルと英語Eレベル、または4つの高校科目合格―デンマーク語Aレベルと英語Bレベルと社会Cレベルと自由科目Cレベル

3. 複数分野にわたる社会教育士（ペダゴー）の職業領域のさらなる拡大可能性について

デンマークで働くペダゴーに聞くと、特別に職業領域が広がっているという感じはしないというが、もともとペダゴーが働く可能性となる対象が、これまでに紹介してきたもの以上に広範に及んでいる。

ペダゴーに関するブログ（https://paedagog.wordpress.com/jobmuligheder/）では、ペダゴーは、保育園、幼稚園、幼稚園クラス、学童保育、障害者施設、家族や住民支援の仕事が主だが、具体的には以下のようなものが挙げられる。

- 保育園　Vuggestuer

- 幼稚園　Børnehaver
- 幼稚園クラス　Børnehaveklasser
- 児童館、青年館、児童養護施設　Børnehjem, ungdomshjem og ungdomspensioner
- 学童の児童館、学校での学童保育、Fritidshjem og skolefritidsordninger
- 高学年の学童保育　Fritids- og ungdomsklubber
- ペダゴーによる家庭支援　Støtte- og hjemme-hos-pædagog
- 養護施設、寮　Døgninstitutioner og bofællesskaber
- アルコールと薬物治療施設　Alkohol- og narkobehandlingsinstitutioner
- 一時保護所　Forsorgshjem og herberger
- 盲ろう施設　Blinde- og døveinstitutioner
- 難民、移民分野　Flygtninge- og indvandreområdet
- 知的・身体障害者施設と支援　Institutioner og tilbud for udviklingshæmmede og handicappede
- 高齢者活動　Ældrearbejde
- 刑務所　Fængsler
- 児童、青年、大人の精神科　Børne-, ungdoms- og voksenpsykiatri
- 家庭内保育　Den kommunale dagpleje
- 高齢者分野　Ældreområdet
- アウトリーチ支援　Opsøgende arbejde

そのうえで、追加・継続教育やディプロマ教育を受ける者は年々増えており、専門性は高まっている。

4. ヘルスケア（医療、看護）とソーシャルケア（介護、福祉）に教育的ケアの観点が加わる効果について

- 社会保健アシスタントの教育の中には、保健指導・教育も含まれる。住民をどのように巻き込み、予防へとつなげていくか。
- 看護師の教育の中にも、患者へ説明するために教育学的知識を学ぶ科目が含まれている。
- ペダゴーの業務の主要な対象者には、児童、障害児・者が含まれており、教育的ケアを学ぶことは不可欠である。
- 教育的ケアのあり方は、ヘルスケア、ソーシャルケア、それぞれの分野において、重要であると認識されているとみられる。

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

英国における Nursing Associate の妖精をめぐって− EN、NVQ そして NA へ

研究協力者　　林　千冬（神戸市看護大学　基盤看護学領域　看護管理学分野・教授）

はじめに

英国は、Enrolled Nurse（EN）養成制度という日本の准看護師養成によく似た制度を有していたが、1990 年代以降これを停止し看護基礎資格を Register Nurse（RN）のみとし、すべての養成課程を大学教育化した。看護補助者養成については同時期に、National Vocational Qualification（NVQ：全国実業資格）という国家規模の"養成制度"を導入して資の向上を図った。さらに、政府、NHS、職能団体（RCN）をあげて、高レベルの NVQ の大学進学を推奨・支援し、RN への移行機会を拡大した。その後英国では、さまざまな高度実践看護師養成が開始されたものの、看護基礎資格は大学での RN 養成、看護補助者は NVQ、しかも NVQ から RN への門戸も開かれているという形で進んでいた。ところが 2017 年、深刻化する看護師不足への対策の切り札として、イングランドで新たに、Nursing Associate（NA）という"補助者と看護師の中間のような資格"の養成が開始された。

EN：英国版准看護師　　RN：看護師　　HCA：看護補助者の総称 NVQ：全国実業資格/職業技能認定制度　　NA：Nursing Associate：新たな補助者資格 RCN：英国看護協会　　NMC：免許登録機関　　HEE:イングランド保健教育局

NA 養成プログラム（NHS Employer　ホームページより　202210.2 確認）
https://www.nhsemployers.org/articles/training-and-funding-nursing-associates
Training and funding nursing associates：看護准看護師のプログラムには何が含まれるか？

基礎学位の研修プログラムは、通常 2 年間かけて行われる。この間、研修生は少なくとも 2,300 時間のプログラム時間を修了する必要があり、理論と実践の学習バランスが均等になるように分けられている。これは、看護師の資格取得に必要な時間の半分に相当する。

トレーニングプログラムの要件を満たすために、看護アソシエイト研修生は、さまざまな環境と状況で働き、さまざまな年齢層の患者に対してできるだけ多くの経験を積まなければならない。

研修生は、主な勤務先以外の場所で、少なくとも 2 回の実質的な実習（合計 675 時間）を終えなければならない。

NA 訓練を受けるためには、訓練生は介護資格に定められた 15 の基準を満たす必要がある。英語と数学のレベル 2 資格をまだ持っていない場合は、プログラム終了前または終了後に取得する必要がある。イングランド保健教育省および教育機関は、これを支援することができる。

訓練と教育の要件は、NMC が定める NA プログラムの基準で規定されている。

Skills for Health※は、看護師見習い情報パックを発行し、雇用者が見習い制度を利用する

際に役立つリンク、ケーススタディ、リソースを提供しています。これは、HASO のウェブサイトからダウンロードすることができます。

※Skills for Health とは、英国全土の医療従事者の教育・キャリア支援に取り組んでいる巨大非営利団体。https://www.skillsforhealth.org.uk/

2. Nursing Associate （NHS ホームページより 2022.10.2 確認）

https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/nursing-associate

Nursing Associate は、看護チームの中の新しい役割である。他の看護補助者（HCA）や看護師と協力して、患者や一般の人々にケアを提供する。また、看護師になるための足がかりとなる職種でもある。

1)職務内容

Nursing Associate の活動分野は、成人看護、小児看護、精神保健、障害者の 4 分野すべてにわたる。そのスキルや責任は、勤務する施設によって異なる。NHS 憲章の価値観と行動様式に従う。 職務内容は以下のとおり。

・静脈穿刺や心電図を含む診療（補助）業務の遂行
・好ましくない知らせや診断に直面した患者とその家族、介護者のサポート
・血圧、体温、呼吸、脈拍などの観察の実施と記録
・患者の状態、行動、活動、反応について看護師と話し合い、情報を共有する
・個人のプライバシー、尊厳、安全が常に保たれるようにする。
・弱い立場にある子供や成人の保護に関連する問題を認識する

2)給与と福利厚生

標準的な労働時間は約 37.5 時間であり、夜間、早期、夕方や週末などのシフトを組み合わせることができる。Nursing Associate の訓練中は、NHS の給与条件（AFC：Agenda for change）の band 3 に該当する賃金（£21730～£23,177：347.7 万円～）※を支給され、Nursing Associate として認定されれば band 4（£23949～£26282：383.2 万円～の賃金が支給される。また、年金制度と医療サービスの割引を受けられ、 27 日間の年次休暇と祝日休があり、これらは在職年数に従って延長される。

※2022～3 年基準。https://www.nhsemployers.org/articles/pay-scales-202223
1 ポンド 160 円で計算。新人 RN は band 5£29,180～£32,934：466.9 万円～）

3)NA 訓練への応募条件

Nursing Associate の訓練を開始するには、数学と英語の GCSE9～4 級（A～C）または数学と英語の Functional Skills Level 2 が必要。雇用主によっては、Level 3 の資格も要求される。加えて、基礎学位レベルの学習が可能で、Nursing Associate 見習いプログラムを修了

できることを示すことも必要です。

Nursing Associate 訓練生の募集は、通常、NHS Jobs※で行われますが、養成プログラムをもつ大学への直接応募もできる。NHS Jobs 経由の場合、訓練費用は NHS が負担するが、大学のコースに合格した応募者は、自己負担する必要がある。

※NHS Jobs とは、イングランドとウェールズの NHS のオンライン採用サービス。ほとんどの NHS 組織はここで求人募集をしている。

4)研修内容

週 1 日は学術的な学習日、残りの日は職場で仕事をしながら学ぶ(work-based learning)。急性期病院、地域病院、精神科病院、ケアホーム、ホスピスなどの医療施設で学ぶが、その他の施設での経験を積むことができる。この場合、勤務地まで移動し、様々なシフトをこなすことになる。

自分の仕事、勉強、実習のバランスをうまく取れるよう計画し、管理することが非常に重要です。認知症、精神疾患、学習障害/困難などの症状を持つ人々の看護と介護のあらゆる要素について理解を深めます。

5)キャリア開発

訓練を修了すると、Nursing Associate として働くための知識、理解、スキル、態度、行動を身につけることができる。Nursing Associate の資格から、短縮看護学位または看護師学位実習：RNDA）を受け、看護師となることも可能。

Nursing Associate の訓練を受けた場合、看護師になるための訓練期間を（3 年から）2 年に短縮することができる。看護師への応募方法を含め、訓練制度の詳細については、ライン・マネージャー、教育チーム、または見習い主任に相談する。ただし、雇用主から、看護師の訓練に進む前に、1 年間は Nursing Associate として働くことを求められる場合もある。

6)登録

Nursing Associate の登録は、看護助産師協会（NMC）が担当する。

３．現地でのインタビュー(2019. 5)

1)調査概要

2019 年 5 月、関係機関で資料収集とインタビューを行った。主たる質問項目は次の 3 点。(1)1990 年代の EN 養成停止は看護師不足にどのような影響を与えたのか。(2)NVQ と NA の違いは何か。なぜ新たに NA が必要とされたのか。(3)（EN と RN、NVQ と RN の間に問題が生じていたように）NA と RN との間の役割分担や協働における混乱はないか。NA は RN の安価な代替労働力となる恐れはないか。

訪問先とヒヤリング対象者は、前 RCN 役員の S 氏に、調査目的を伝え選定・紹介しても

らった。①英国看護歴史協会 Y 氏。②シティ大学教授・NA 教育担当 J 教授。③RCN 看護教育担当主幹 S 氏。④ロイヤルロンドン病院の NA 教育担当者、師長、NA2 名、⑤ NMC（Nursing&Midwifery Council）の NA 規制・登録担当者 S 氏。⑥中部ヨークシャーNHS トラストの教育関係者多数および NA 学生と NA（④,⑥はグループインタビュー）。

2)結果の概要（文中の※は不明・要確認箇所）

(1) EN 養成停止は看護師不足にどのような影響を与えたのか(データの出所は①)

結論からいうと、影響はなかった。養成停止後も EN はそのまま働き続けることはできたし、RN になる道も開かれていたからである。

1990 年代初頭、Project2000 という看護師養成制度改革が行われ、1943 年にアシスタント看護師として登場した EN（Enrolled Nurse :日本の准看護師に相当）は、2000 年頃までに段階的に養成を停止。EN のうち希望者は移行教育（Conversion Course)を受講し RN 資格を得た。国も RCN(看護協会)もこれを推奨したが、義務ではなかったため EN のまま働き続ける者もいた（が、現在は年齢的にほぼ引退)。現在、英国の看護基礎資格は RN(登録看護師）で、2000 年以降すべて大学教育となった。当初は 3 年の Diploma と 4 年の学士課程とに分かれていたが、2010 年以降（※要確認）はすべて 4 年の学士課程となった。

(2) NVQ と NA の違いは何か。なぜ新たに NA が必要とされたのか。

(i) NVQ における看護補助者養成（②③⑤)

Auxiliary や Health Care Assistant と呼ばれる看護補助者は古くからいたが、1986 年から NVQ の中で、看護補助者の制度的養成が開始された（NVQ in Health Care)。NVQ は農業、整髪・美容、保健医療など 12 領域・300 種類の職種に適用され、職場で研修と実地訓練を行い、実務能力を 5 段階のレベルで評価・認定される。NVQ は基本作業レベルの 1 から、シニアマネジメントレベルの 5 までとなるが、看護補助者のレベルは 2 と 3（※のちに 4？）のみである。認定の質は、各職場での研修・訓練・評価の内容を、教育庁管轄の査察機関が監査することによって担保される。

NVQ はあくまでも国家による＜職業技能レベルの認定制度＞であり、学位とは無関係である。しかし看護補助者に関しては、政府が RCN に委託し、NVQ レベル 3 の者を大学看護学部の Diploma コースへ優先的に入学させるモデル事業を立ち上げ、初年度だけで 16 もの大学で実施され、その後も継続された（※詳細未確認)。

(ii) Nursing Associate（②③⑤および NMC 資料）

2017 年 7 月、イングランド保健教育局（Health Education England: HEE）は、2 年の NA 教育のモデル事業を開始した。この背景には、イングランドの深刻な看護師不足があった。NA 養成の目的は、看護職とケア労働への労働者の大幅な参入を促すこと、看護補助者と RN の間に橋を架けるという新たな役割を担うこと、である。具体的なねらいは、ｉ.看護補助

者のキャリア発達を支援すること、ⅱ.看護師供給を拡大すること、ⅲ.看護師をより専門的な役割に専念できるようにすること、である。

NA の教育は勤務場所での学習（work-based learning）が強調されており、これは NVQ も同様である。NA コースの学生は、現在、看護補助者として勤める職場の、適当で実習を行う。ただし、NVQ が、（上部機関の監査は受けるものの）病院が独自に研修や実習の内容を決めて実施するのに対し、NA カリキュラムは HEE が作成し（※）、これにもとづき大学が指導・評価をおこなう。卒業後の免許登録（英国の資格免許は国家試験合格を経るのではなく卒業時に登録される）は、看護職免許同様、NMC＊が担当する。すなわち NA 養成は、標準化されたカリキュラムによる大学での“アカデミックな”教育であり、免許の登録・管理（※更新も？）も RN と同様に、NMC で行われる点が、NVQ との違いである。

なお、英国の RN は基礎教育で成人看護、小児看護、精神保健、知的障害看護の 4 分野のいずれか 1 つを選択するが、NA は分野のしばりのない General な資格である。

NA 第一期生 2000 人は 2019 年 1 月に卒業し、2018 年 5000 人、2019 年 7500 人の入学を計画している。ただし、それぞれ 2 年後に何人が卒業できるかは未知数とのこと。また、NA の養成数、NA から RN に移行する者の目標数があるのかと問うと、NMC 担当者は「ない」と即答した。

（ⅲ）NA と RN との間の役割分担や協働における混乱はないか。NA は RN の安価な代替労働力となる恐れはないか（②③⑤）

①業務の重複・混乱はないか

（＊イングランドでは看護業務に関する法的規制はない。また、日本のような人員配置基準もない。それゆえ）NA の担う業務はそれぞれの職場で決められるため、NA にしろ NVQ や HCA にしろ、業務の線引きは各々の職場やスタッフの状況によってさまざまである。

それゆえ、今後 NA と RN の業務分担がどう変化していくかはまだわからない。ロイヤルロンドン病院で、ベテラン HCA 出身の NA2 名（半年後から RN 課程に進学予定者を部下にもつ師長は、「まだ始まったばかりなのでわからない。違いは、責任を持ち、アセスメントやエバリュエーションをしていくのは RN。チームを引っ張っていくのも管理するのも。ただし、5 年後にどうなっているかはわからない」「高齢化が進み、ベーシックなケアのニーズが高まり、一方では医療が高度化しているので、NA はケアの実践者。RA は、アセスメント、計画、そして評価という役割を担う（という明確な役割分担がある）」と語った。

② RN が NA に代替される可能性はないか

NMC 担当者は「NA の担う業務はそれぞれの職場で決められるため、NA にしろ NVQ や HCA にしろ、業務の線引きがしにくい。（＊しかも、イングランドでは日本のような人員配置基準もない。それゆえ）RN 不足の影響から、スタッフィングの際に、RN のかわりに NA を雇用することはありうるし、その際には多少人件費コストは安くなるだろう。ただ

しその場合は、RN 1 人の代わりに NA 1 人ということにはならず、やや多く NA を雇うだろう。各医療機関はスタッフメンバーを公開する義務がある。病院監査にいくときには、スタッフ数やスタッフレベルについて、根拠を示して説明しなければならない。だから、かなりの数の RN を NA で代替させることはありえない」と語った。

3)若干の考察

(1) 看護師供給源の拡大策としての NA

NA の主要な目的である RN への橋渡しは、英国の RN 課程が大学化した負の側面としての“敷居の高さ”を解消する方策として有効かもしれない。経済的理由で大学進学を断念する者は多い。今回出会った NA で RN 進学を予定している者もそうであった。NMC や病院の関係者からは、看護補助者としてすでに医療職場に適応できており、さらに意欲のあるものを入学させるほうが、RN 課程での「歩留まりがよい」とも語られた。

日本にはそもそも看護補助者の公的な養成制度はない。介護福祉士は福祉領域の職種として誕生し、医療と福祉が縦割りの日本では、ことにその経験やキャリアが医療分野にスムースには移行させにくい。現在は、看護師不足だけでなく、看護補助者不足も生じている。看護補助の魅力を高めるためにも、看護師課程に橋渡しのある公的な看護補助者教育は有効ではないか。

(2) 看護職と看護補助者の業務分担

①業務内容を明確に区分できるか

英国には日本の保健師助産師看護師法に相当する法令はなく、NMC（Nursing& Midwifery Council）という組織が、看護職の免許登録、管理・更新をおこなっている。具体的な業務内容や範囲の設定は、個々の雇用主によって行われる。雇用主（主に NHS）は、担当部門が作成する NHS KFC（Knowledge and Skills Framework）という実践力評価枠組を用いて、スタッフの能力を評価し、業務を割り当て、能力開発を行う。ここでは看護業務は、臨床実践、マネジメント、教育、調査研究の 4 領域に区分され、さらに KFC の Core として 6 分類（コミュニケーション、能力開発、安全管理等）とそれぞれの 4 段階のレベルが示され、これらは Band という 9 段階の給与階梯にリンクしている。

このように、能力評価を厳密にする代わり、業務内容・範囲は現場サイドに委ねるという“思い切り”は、日本では表向きには受け入れられにくいかもしれない。しかし、日本の保助看法とて、明確な業務区分を示しているわけではない。静脈注射が医行為とされていた時代に 90%超の看護職が実施していた事実や、常に「診療の補助」がグレーゾーンとして問題になってきた経緯もある。それゆえ、個々の能力評価とそれに応じた業務の割当てという方向は検討に値するかもしれない。そしてこれは、「いいように使われる」（准看護師の決まり文句）ことのないよう、給与条件とリンクすることも不可欠である。

②ケアにおける「構想と実行の分離」

NA と RN との業務における主要な違いは、具体的な業務内容ではなく、NA の役割の基盤が「実施と（RN への）観察・報告」であるのに対し、RN は「アセスメント、計画、実施、評価」とされる点である。これについては、2019 年に日本看護協会が公表した『看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン』においても同様の記載がある。

しかしこれが、実際のケア場面において可能であるかは疑問である。なぜなら、ケアに限らずあらゆる対人サービスは、顧客にかかわり（サービスを提供・実行し）つつ、評価し修正を図りまたかかわるという、一連の営みだからである。にもかかわらず、患者ケアにかかわる NA に「実施と観察・報告のみ」だけにし、「考えるな、工夫するな」というなら、それは人間疎外的な「構想と実行の分離」（ブレイヴァマン，1992）想起させる異様な労働様式になることを懸念せざるをえない。

(3)今後の課題

今回は、関係者への非公式インタビューに留まった。今後の課題としてさしあたり次の 3 点を考えている。①NA の今後の経緯を、NA から RN への移行の状況の把握も含めて量的に把握すること。②NA 課程と、NA からの RN 課程の教育実態の把握、③NA と NA と共に働く RN との分業と協働の様相の解明。これらを通して、この養成制度が当初の目的に照らしてどのように進行していくのかを確認したい。

NAとRA　役割の基盤　by NMC

Nursing Associate	Registerd Nurse
責任ある専門家	責任ある専門家
健康増進と疾病予防	健康増進と疾病予防
ケアの提供と観察	ケアの提供と評価
チームで働く	看護ケアをリードし管理し チームで働く
ケアの安全と質の向上	ケアの安全と質の向上
統合されたケアへの貢献	ケアのコーディネート
	アセスメントとケアプラン策定

4．若干の補足：COVID-19 禍の中でも拡大する NA

2019～2022 で nursing associate をタイトルにした文献は 84。(2017～8 で 91)

…例えば直近では、

King.R.et.al:The impact of COVID-19 on work, training and well-being experiences of nursing associates in England: A cross-sectional survey. Nursing open, 2022 May; Vol. 9 (3),

pp. 1822-1831. Date of Electronic Publication: 2021 May 10.
タイトル：COVID-19 がイングランドの看護アソシエイトの仕事、トレーニング、福利厚生に与えた影響
目的：COVID-19 の大流行がイングランドにおける NA の仕事、訓練、福利厚生にどのような影響を与えたかを探る。
デザイン：横断的調査。
方法：2020 年 7 月に、NA 研修生と新たに資格を取得した NA を対象とした調査を実施した。回答は、地域医療と二次医療の設定間で推論的比較を行い、記述統計を用いて分析した。自由回答はテーマ別に分析した。
結果：64 名の参加者から回答があった。半数以上（53.2%）が仕事量の増加を経験し、24.2%が自分の役割が拡大したと述べた。3 分の 1（32.3%）は配置転換を経験し、4 分の 1（24.2%）は安全性の懸念があっても適切に対処されなかったと感じていた。地域医療の場で働く人々は、人員配置（p=0.03）、残業（p=0.03）、ケアの不足（p=0.02）、安全（p=0.04）について、より強い懸念を報告していた。それにもかかわらず、多くの参加者（75.8%）が、同じ水準のケアを提供できていると感じていた。何人かはチームワークが強化されたと述べ、、大多数（96.8%）は持ち場を離れることは考えていなかった。

Robertson, Steve; King, Rachel; Taylor, Beth; Laker, Sara; Wood, Emily; Senek, Michaela; Tod, Angela; Ryan, Tony: A local stakeholder perspective on nursing associate training. British Journal of Healthcare Assistants (BR J HEALTHC ASSIST), Mar2022; 16(3): 126-133. (8p)
タイトル： 地域関係者の視点からみた NA 養成
NA は現在、英国のヘルスケアシステムにおける労働力の一部であり、導入されるにつれ利点と課題が強調され始めている。しかし、様々な関係者がこの新しい役割のトレーニング面をどのように経験してきたかについてはあまり研究が進んでいない。本論文では、イングランド北部の統合ケアシステムの関係者を対象に、1 年おきに 2 回のインタビューを実施し、その結果を報告した。この論文では、役割の明確化、サポートの必要性の理解、キャリア志向に関する話し合いが、NA 研修プログラムの開発と実施に関わるすべての組織にとって不可欠であることを強調している。また、TNA とその関係者を適切にサポートするためには、医療・教育セクターを超えた良好なパートナーシップの構築が必要であることも示している。

概観して、NA の活躍の実態、NA 養成・NA 就労への支援、NA から RN へのキャリア志向の要因・支援についてなどが多い。
・・・雇用は拡大し、課題は継続していることを確認。

＜補足:2023 年 2 月 22 日＞

1. Nursing associate 登録者数の推移

RN704520 人に対し 6874 人(約1%)。まだ必要数には満たない。コロナ禍で伸び悩みか[1]。

新型コロナウイルス感染症後、医療は依然として流動的な状態にあり、看護職の人材不足にもつながっている。熱心な支援にもかかわらず、NA は全国の看護不足に対処する上でまだその可能性を最大限に発揮できていない。NA の採用目標数は NHS トラストに合意されており、スケジュールや各専門分野に必要な人数も示されているが、現在までの取り組みでは実習生や NA の数が大幅には増加していない。

Size of our permanent register on 31 March 2022

Between April 2021 and March 2022, the total number of nurses, midwives and nursing associates on our permanent register grew from 731,900 to 758,303. That's an increase of 26,403 (3.6 percent).

26,403 (3.6%)

Table 1

Total number of people on the permanent register by registration type

Registration type	March 2018	March 2019	March 2020	March 2021	March 2022
Nurse	646,632	653,543	669,848	681,525	704,520
Midwife	35,830	36,916	37,918	39,070	40,165
Dual registrant (nurse and midwife)	7,811	7,288	7,142	6,968	6,744
Nursing associate	n/a	489	1,685	4,337	6,874
Total	**690,273**	**698,236**	**716,593**	**731,900**	**758,303**

The nursing associate role was introduced in 2019, in England only. Nursing associates bridge the gap between health and care assistants, and registered nurses.

出所:The NMC register 1 April2021–31 March 2022: Nursing&Midwifery Council

2. 複数職種間で「補助者」の養成を共通化していこうという動きはあるか

---

[1] Only with wide ranging support can nursing associates reach their potential, Sahai, Shilpi. Nursing Times: NT; London 118, 11, (Nov 2022): 12.

特にない。

大学の医療職養成課程では、基礎科目（マネジメント、チームワーク、リーダーシップ等）は全学共通（医療系に限らず）で学ぶが、それ以外は各々の専門科目。

3. NA はあくまでも RN の補助者なのか

そのとおり。

4. NA が医療機関以外、たとえば在宅領域や地域のなかでどのような働きや役割が期待されているのか

NA は、医療機関に限らず、NA は病院、コミュニティ、ケアホームなど、あらゆる場面で働くことができる。かつそれを期待されている[2]。

[2] Primary care trainee nursing associates in England: a qualitative study of higher education institution perspectives, Robertson, Steve; King, Rachel; Taylor, Bethany; Laker, Sara; Wood, Emily; Primary Health Care Research & Development; Cambridge　24,　(2023).

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究」
分担研究報告「諸外国における対人支援専門職教育の継続的な発展にかかわる文献調査」

研究協力者　　高波　千代子（慶應義塾大学・研究員）

EU諸国の医療福祉従事者に今後求められるスキルと能力

対人支援職種の教育課程の見直しに係る諸外国動向の検討
2023年2月22日（水）
医療法人稲生会 高波千代子

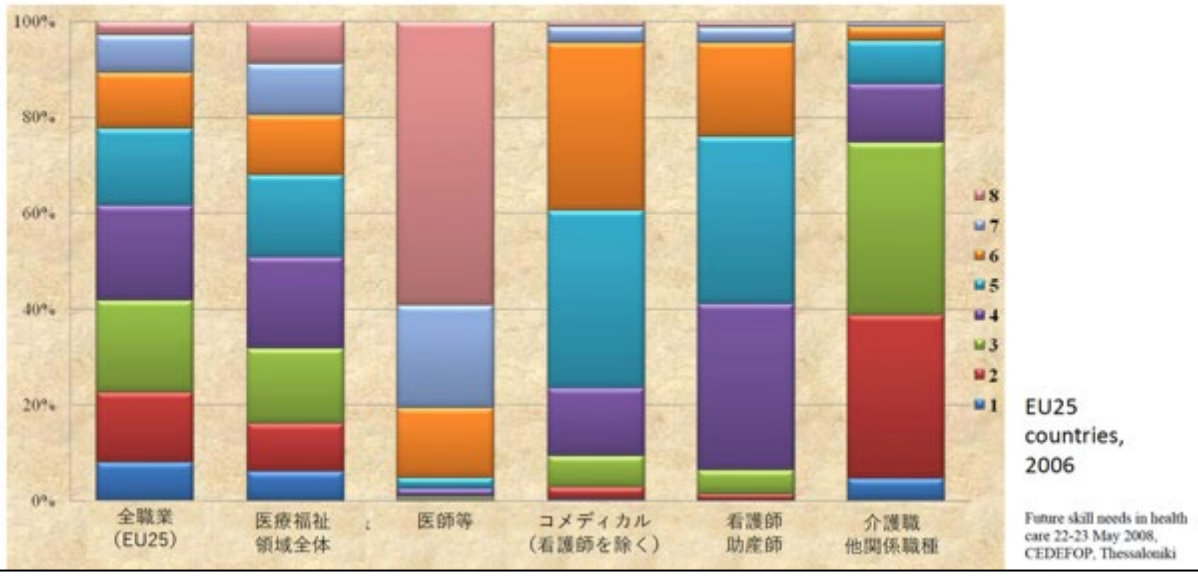
調査対象

- Cedefop（European Center for the Development of Vocation Training）：国家および欧州レベルでのエビデンスに基づく開発と政策決定を強化 https://www.cedefop.europa.eu/en
- Skillsnet：スキル ニーズの早期特定に関する国際ネットワーク https://www.cedefop.europa.eu/en/networks/skillsnet
- European Federation of Public Service Unions (EPSU)
- European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM)
- Centre for Workforce Intelligence （CfWI） https://ehff.eu/
- Support for the health workforce planning and forecasting expert network https://healthworkforce.eu/

背景

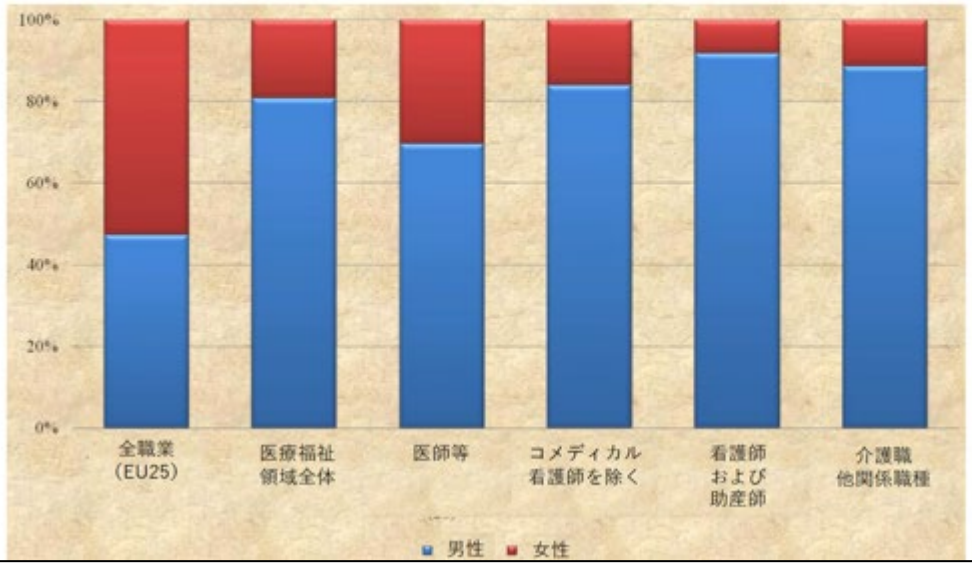
- EU加盟国の医療福祉及び社会サービスは同様の課題に直面
  - → 高齢化社会と技術革新が雇用と家庭のあり方に影響を与えている
    この傾向は医療福祉分野の現在および将来の職務内容に影響を与える
    医療福祉および関連する社会サービスはますます重要にる
- 多くの加盟国では公共部門の提供するサービスに対する需要の高まりがみられる
  - → 各国の医療保健政策に前例のないプレッシャーを生み出している
    適切なスキルと能力を備えた労働力を必要としている
- 多くの加盟国では看護師他医療専門職および医療技術者等の医療職のスキル不足に直面している
  - → 職業資格初級レベルのキャリアアップの機会を提供
    高等教育への道を開き、不足を補う必要性がある

職種別EQFレベル



Future skill needs in health care 22-23 May 2008, CEDEFOP, Thessaloniki

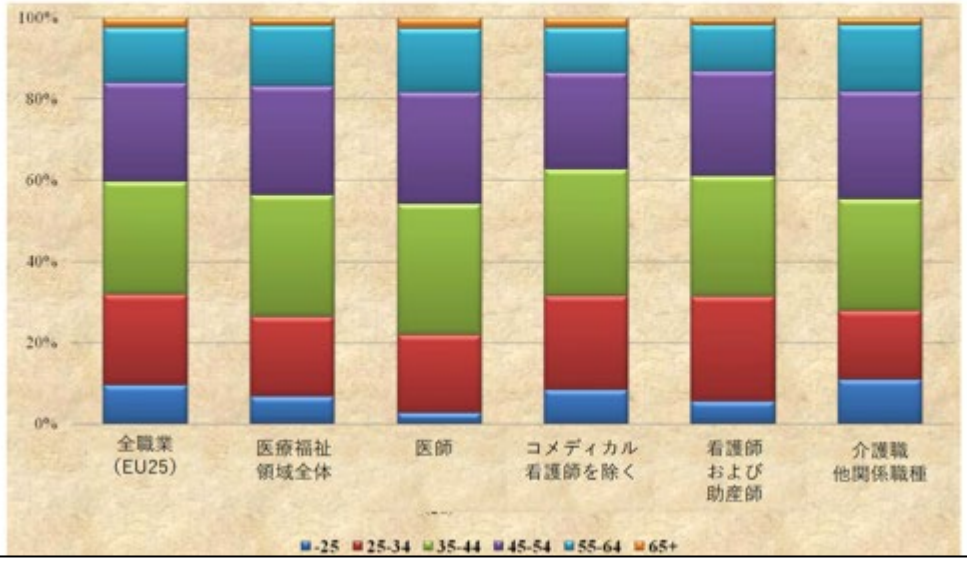
職種別性別割合



EU25 countries, 2006

Future skill needs in health care 22-23 May 2008, CEDEFOP, Thessaloniki

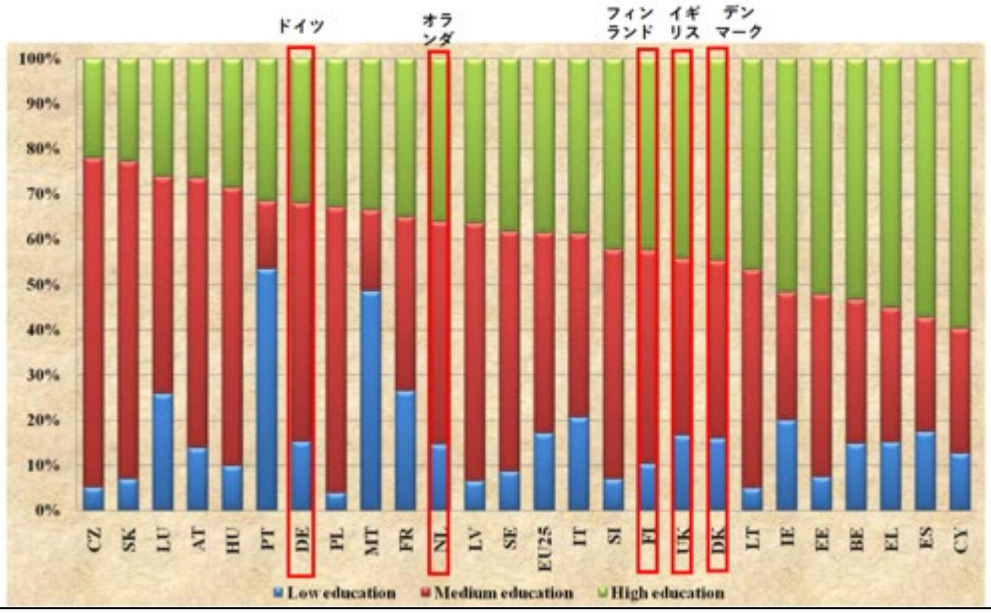
職種別年齢割合



EU25 countries, 2006

Future skill needs in health care 22-23 May 2008, CEDEFOP, Thessaloniki

労働者の学歴別割合



EU25 countries, 2006

Future skill needs in health care 22-23 May 2008, CEDEFOP, Thessaloniki

「研究・革新・教育」

- 2008 年から 2010 年、教育に特に焦点を当てた成長と雇用のためのリスボン戦略のメインパート目的：ヨーロッパ全体/国レベル/部門レベルでの開発及びパートナーシップの枠組みを提供。ヘルスケア部門にとっても重要
- 教育方針と戦略：
  - 座学と実習の統合させる
  - 職業資格における需要と供給を一致させる
  - 教育の質保証/雇用/資格制度/教員と実習指導者間の協力等に焦点を当てる
- 統合されたヘルスケアの確保：教育において分析能力とリーダーシップのスキルを提供。革新的な医療分野の性質を理解
- 絶え間なく変化する時代に迅速に対応できる教育システムの開発が重要

Horizon Scanning:

EU諸国の医療福祉従事者に今後求められるスキルと能力

Centre for Workforce Intelligence , CfWI, 2015

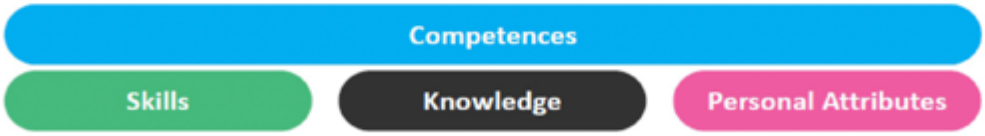
概要

- イギリス保健省の協力のもとCentre for Workforce Intelligence , CfWI* が率いる WP6 パートナーで構成されるネットワークによって実施された調査結果（2015年報告に基づく）
- 調査目的：今後 20 年間（2035年までの間）に医療従事者に必要な「スキル」と「能力competences」の変化を促進し得る「要因factors 」と「影響力forces 」について集合的な知識を見出す

*労働力の計画と開発に関する国家機関。将来のヨーロッパの医療従事者が必要とするスキルと能力に影響を与える可能性のあるドライバーを特定するために健康と社会的保障制度に対するアドバイスと情報を提供している。

Competence

- スキルと能力competences：複数の医療従事者と将来の潜在的な活動を検討する際に役立つ。既存の役割と責任の分配から議論が始まるのではなく「何をする必要があるか」を検討できるから
- スキル、知識、および個人的属性の複雑な（そして相互に作用する）組み合わせ



Skills and competences framework (CfWI, 2014)

特定された要因

Population	社会保障サービス	医療従事者
• 人口構造 • 家族介護者の活用可能性 • 健康状態の種類と分布 • 複数の慢性疾患 • 健康の不平等 • ヘルスリテラシー • 患者の可動性	• 医療福祉財源 • 健康IT/健康サービス • ゲノム医療/精密医療 • ケアの提供される場所 • 役割と自己決定権 • 法制度の整備	• 医療従事者の高齢化 • 多職種教育とコンピテンシー • ITと従事者 • スキルミクス • 医療従事者の労働力の流動性

Population

- **予防**：「病気や社会的健康の事例または発生率を減らす能力」(CfWI, 2014)。
- **コーチングと健康増進** ：「個人や地域社会が健康的な行動に従事し、慢性疾患やその他の疾患の発症リスクを軽減するように働きかけ、力を与える」(WHO、2015 年)。
- **多職種チーム**：より質の高い患者ケアを提供し、ケアに対してより多くのイノベーションを展開する (Borrillet al, 2013)。
- 医療介護専門職は認知症その他慢性疾患等患者に対し、より広範な臨床およびケア能力が必要とされる

社会保障サービス

- **eHealth の発展/情報解釈スキル**：患者、労働力、および医療システムに幅広い影響を与える可能性がある (EFN、2014 年)。
- **遠隔医療**：すべての医療福祉従事者、特に在宅医療介護を担う保健師、介護職、在宅医、薬剤師などにとって遠隔医療の役割が強化される可能性がある。
- **資格流動性**：すべての医療福祉従事者は必要に応じて複数のチームに出入りできるように柔軟な医療福祉スキルを備える必要がある (または新しい役割が必要になる場合がある)。

医療福祉従事者

- **レジリエンス**：医療従事者は今後 20 年間で生じる医療制度や人口構造、患者のニーズ、技術革新等の変化に対応するためのレジリエンスと対処スキルの向上が求められる
- **規制と資格更新制度**：EU 諸国内の医療従事者はヨーロッパ諸国で資格更新制度がより一般的になるにつれ、多様な規制と資格更新制度の変更に直面する
- **専門職人口の減少**：劣悪な労働条件、社会的プレッシャーおよび労働時間の制限によって、すべての専門職は個々に能力を獲得して維持するために必要な時間を確保できなくなる可能性がある。そのため将来的に専門職が減少するリスクがある

まとめ

- 人口/社会保障サービス/医療従事者の変化の要因に着目しながら、労働力システムに関連する変数にも注目
- 労働力の需要と供給について不確実ながらも規模を予測するために各国固有の文脈で定量的モデリングと組み合わせるのが重要
- 人員計画は適切な政策決定にリンクさせること
- 定性的アプローチと定量的アプローチを組み合わせることにより、意思決定に効果的に情報を提供できる

参考資料1
調査票
1）法人調査

法人調査票
保健医療福祉従事者の資格取得等に関するアンケート調査

* は、必須項目です。

1．法人本部が所在する都道府県はどこですか。*

選択してください

2．直近における法人の収入規模（事業活動収入額）は何億円ですか。（小数点以下は切り捨て）*

0 億円

3．法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか。（該当しない場合は0を入力）*

	施設・事業所
①介護保険事業	0 か所
②老人福祉事業（措置事業）	0 か所
③生活保護事業	0 か所
④児童福祉事業（保育を除く、障害児サービスを含む）	0 か所
⑤医療事業	0 か所
⑥保育事業	0 か所
⑦障害福祉事業	0 か所
⑧その他	0 か所

⑧その他の事業名

事業

4．法人の事業はどの範囲で展開していますか。*

- ◯ ①同じ市町村
- ◯ ②同じ都道府県の複数の市町村
- ◯ ③近隣の都道府県
- ◯ ④全国規模

5．**新規採用**に当たり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか。*

- ◯ ①条件としている（必置資格のみ）
- ◯ ②条件としている（必置資格以外も含む）
- ◯ ③条件としていない
- ◯ ④その他 [ ]

6．**中途採用**に当たり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか。*

- ◯ ①条件としている（必置資格のみ）
- ◯ ②条件としている（必置資格以外も含む）
- ◯ ③条件としていない
- ◯ ④その他 [ ]

7．従業員の保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援についてお伺いします。

7－1　法人において何らかの支援を実施していますか。*

- ◯ ①実施している（7－2にお進みください。）
- ◯ ②実施していない（7－2は回答せず、次へお進みください。）

7－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している支援は何ですか。（複数選択可）

- ☐ ①資格取得費用の全額助成
- ☐ ②資格取得費用の一部助成
- ☐ ③資格取得に必要な実習を業務時間とみなす
- ☐ ④その他 [ ]

8．従業員に対して保健医療福祉に関する資格の**複数取得**を推進していますか。*

- ◯ ①はい
- ◯ ②いいえ
- ◯ ③どちらともいえない

9．従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進する理由は何ですか。（複数選択可）*

＜従業員に関係する理由＞

- ☐ ①従業員の知識・技能の向上のため
- ☐ ②従業員の給与向上の条件としているため
- ☐ ③従業員の昇格の要件としているため（管理職登用等）
- ☐ ④従業員が幅広い業務に対応するため
- ☐ ⑤従業員からの要望があるため

＜法人に関係する理由＞

- ☐ ⑥法人内の人事配置・再配置を容易にするため
- ☐ ⑦法人内の既存事業の多機能化を推進するため
- ☐ ⑧法人内の他分野事業への多角化を推進するため
- ☐ ⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進するため
- ☐ ⑩対象者の相互交流を推進するため（子どもと高齢者等）
- ☐ ⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止めるため
- ☐ ⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段と考えられるため
- ☐ ⑬その他

10. 従業員に対して保健医療福祉に関する資格の**複数取得**を推進しない理由は何ですか。（複数選択可）*

＜従業員に関係する理由＞

- ☐ ①従業員の知識・技能の向上につながるとは考えられないため
- ☐ ②従業員の給与向上につながる仕組みを設けていないため
- ☐ ③従業員の昇格の要件としていないため（管理職登用等）
- ☐ ④従業員が幅広い業務に対応することは困難なため
- ☐ ⑤従業員からの要望がないため

＜法人に関係する理由＞

- ☐ ⑥法人内の人事配置・再配置が容易になるとは限らないため
- ☐ ⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため
- ☐ ⑧法人内の他分野事業への多角化を推進する必要がないため
- ☐ ⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進する必要がないため
- ☐ ⑩対象者の相互交流を推進する必要がないため（子どもと高齢者等）
- ☐ ⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止める必要がないため
- ☐ ⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段とは考えられないため
- ☐ ⑬その他

11. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有によって基本給は上がりますか。*

- ◯ ①どの資格の保有でも基本給は上がる
- ◯ ②資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる
- ◯ ③どの資格の保有でも基本給は上がらない

○ ③どの資格の保有でも基本給は上がらない

○ ④その他 [　　]

12. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当はありますか。*

○ ①どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える

○ ②どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない

○ ③資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える

○ ④資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない

○ ⑤資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない

○ ⑥資格の種類によって俸給表が異なるため、資格手当はない

○ ⑦その他 [　　]

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。以下の資格についてお答えください。*
（該当しない場合は0を入力）

	月額
①介護福祉士	[　　] 円
②社会福祉士	[　　] 円
③精神保健福祉士	[　　] 円
④保育士	[　　] 円
⑤看護師	[　　] 円
⑥理学療法士	[　　] 円
⑦作業療法士	[　　] 円
⑧上記以外の資格　最低	[　　] 円
⑧上記以外の資格　最高	[　　] 円

14. 法人内部の処遇改善に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

14－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

○ ①実施している（１４－２にお進みください。）

○ ②実施していない（１４－２は回答せず、次へお進みください。）

14－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

（複数選択可）

- ☐ ①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と給与体系を整備している
- ☐ ②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している
- ☐ ③経験もしくは資格に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づいて定期的に昇給を判定する仕組みを設けている
- ☐ ④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）
- ☐ ⑤従業員の経験や勤続年数に応じて給与を加算する仕組みを設けている
- ☐ ⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている
- ☐ ⑦その他

15. 法人内部の処遇改善に関する取り組みを実施していない理由は何ですか。

16. 人材確保に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

16－1 法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

- ◯ ①実施している（１６－２にお進みください。）
- ◯ ②実施していない（１６－２は回答せず、次へお進みください。）

16－2 上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

- ☐ ①求める人材や組織としての方向性を明確にする
- ☐ ②従業員のキャリアパスを明確にする
- ☐ ③従業員のニーズに合った多様な働き方を制度化する
- ☐ ④広報活動に力を入れる
- ☐ ⑤従業員からの紹介を促進する
- ☐ ⑥地域の他法人や事業所と共同で採用活動を行う
- ☐ ⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する
- ☐ ⑧その他

17. 資質の向上やキャリアアップに関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

17－1 法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

◯ ①実施している（１７－２にお進みください。）

◯ ②実施していない（１７－２は回答せず、次へお進みください。）

17－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

☐ ①働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援

☐ ②より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援

☐ ③研修の受講・キャリア制度と人事考課との連動

☐ ④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入

☐ ⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）

☐ ⑥その他

18．従業員の多様な働き方に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

18－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

◯ ①実施している（１８－２にお進みください。）

◯ ②実施していない（１８－２は回答せず、次へお進みください。）

18－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

☐ ①仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実

☐ ②事業所内託児施設の整備

☐ ③従業員の事情に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入

☐ ④従業員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換制度の整備

☐ ⑤有給休暇を取得しやすい環境の整備

☐ ⑥福利厚生制度の充実

☐ ⑦従業員の相談体制の充実

☐ ⑧職場風土改善に向けた研修の実施

☐ ⑨その他

19．従業員の心身の健康管理に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

19－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

◯ ①実施している（１９－２にお進みください。）

◯ ②実施していない（１９－２は回答せず、次へお進みください。）

19－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

☐ ①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等）

☐ ②健康管理対策の実施（健康診断・ストレスチェック、休憩室の設置等）

☐ ③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施

☐ ④事故・トラブルへの対応マニュアルの作成

☐ ⑤その他

20．業務効率化に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

20－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

◯ ①実施している（２０－２にお進みください。）

◯ ②実施していない（２０－２は回答せず、次へお進みください。）

20－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

☐ ①ICT活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化

☐ ②PDCAサイクルを活用した職場環境改善

☐ ③高齢者の活躍（居室・フロアの掃除、食事の配膳・下膳のほか、経理・労務・広報も含めた業務の実施）による役割分担の明確化

☐ ④5S活動（業務管理手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・しつけの頭文字をとったもの）の実践による職場環境の整備

☐ ⑤業務マニュアルの作成や記録・報告様式の工夫による情報共有、作業負担の軽減

☐ ⑥その他

21．やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

21－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。*

◯ ①実施している（２１－２にお進みください。）

◯ ②実施していない（２１－２は回答せず、次へお進みください。）

21－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。
（複数選択可）

- ☐ ①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善
- ☐ ②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流
- ☐ ③法人の方針・理念（利用者本位のケア等）を定期的に学ぶ機会の提供
- ☐ ④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供
- ☐ ⑤その他

22．施設・事業所の従業員に支給している手当についてお伺いします。

22－1　法人において何らかの手当を支給していますか。*

- ◯ ①支給している（２２－２にお進みください。）
- ◯ ②支給していない（２２－２は回答せず、次へお進みください。）

22－2　上記で「①支給している」と答えた方にお聞きします。支給している手当は何ですか。
（複数選択可）

- ☐ ①夜勤手当
- ☐ ②時間外手当（早朝・深夜・休日手当）
- ☐ ③家族（扶養）手当
- ☐ ④通勤手当
- ☐ ⑤職務手当（役職手当）
- ☐ ⑥資格手当
- ☐ ⑦研修手当
- ☐ ⑧地域手当
- ☐ ⑨感染症対応に関わる手当
- ☐ ⑩賞与
- ☐ ⑪その他

23．対人支援専門職に共通して求められる能力（知識・技能）が従業員間に共有されることにより、これまでよりもスムーズに行えると思われる業務についてお伺いします。

23－1　これまでよりもスムーズに行えると思われる業務はありますか。*

◯ ①ある（２３－２にお進みください。）

◯ ②ない（２３－２は回答せず、次へお進みください。）

23－2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。これまでよりもスムーズに行えると思われる業務は何ですか。（複数選択可）

☐ ①職種を超えたキャリア研修の充実

☐ ②人事配置の柔軟化

☐ ③多角的な事業展開（例：児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開）

☐ ④多職種連携の推進

☐ ⑤事業規模の拡大

☐ ⑥従業員間のタスクシェア（業務の共同化）の拡大

☐ ⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）の拡大

☐ ⑧その他

24. 対人支援専門職に共通して求められる能力（知識・技能）が従業員間に共有されないことによって生じている課題についてお伺いします。

24－1 法人において生じている何らかの課題はありますか。*

◯ ①ある（２４－２にお進みください。）

◯ ②ない（２４－２は回答せず、次へお進みください。）

24－2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。法人において生じている課題は何ですか。（複数選択可）

☐ ①職種を超えたキャリア研修ができない

☐ ②人事配置の固定化

☐ ③多角的な事業展開が難しい（例：児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開）

☐ ④多職種連携の推進ができない

☐ ⑤事業規模の拡大ができない

☐ ⑥従業員間のタスクシェア（業務の共同化）が難しい

☐ ⑦従業員間のタスクシフト（業務の移管）が難しい

☐ ⑧その他

25. 今後の人口減少社会を見据えると、どの業界においても人材確保がより一層困難となることが想定されます。保健医療福祉業界で必要となる人材について、タイプ①「１つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材」　タイプ②「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」の２つの *

を解決する人材」、タイプ②「多様なプロパーが多角的な課題を総合的に解決する人材」の2つのタイプに分ける場合、どちらのタイプの人材がより必要になると思いますか。全体を10としたときに、A対Bの形式でお答えください。（例えば、タイプ①の人材４：タイプ②の人材６）

	タイプ①の人材	タイプ②の人材
タイプ①：タイプ②の形式でお答えください。 （例えば、タイプ①の人材４：タイプ②の人材６）		

26. **正規職員**の在籍者数、採用者（新規・中途）、離職者（総数・うち１年以内）は何人ですか。

注）派遣労働者および外国人労働者を除く
注）在籍者数は2021年３月31日現在の人数
注）採用者（新規・中途）、離職者（総数・うち１年以内）は2021年４月１日～2022年３月31日の人数
注）離職は定年退職を除く

	在籍者数	採用者（新規）	採用者（中途）	離職者（総数）	離職者（そのうち、入職1年以内で離職した者）
男性					
女性					

27. **非正規職員**の在籍者数、採用者（新規・中途）、離職者（総数・うち１年以内）は何人ですか。

注）派遣労働者および外国人労働者を除く
注）在籍者数は2021年３月31日現在の人数
注）採用者（新規・中途）、離職者（総数・うち１年以内）は2021年４月１日～2022年３月31日の人数
注）離職は定年退職を除く

	在籍者数	採用者（新規）	採用者（中途）	離職者（総数）	離職者（そのうち、入職1年以内で離職した者）
男性					
女性					

28. 従業員の給与は、**地域の同じ業界の平均給与**と比べてどの程度であると感じますか。*

	とても低い	やや低い	平均並み	やや高い	かなり高い
正規職員	○	○	○	○	○
非正規職員	○	○	○	○	○

29. 従業員の給与は、**他業界も含めた地域の平均給与**と比べてどの程度であると感じますか。*

	とても低い	やや低い	平均並み	やや高い	かなり高い
正規職員	○	○	○	○	○
非正規職員	○	○	○	○	○

30. 保健医療福祉従事者が様々な専門性の獲得を希望する場合に、学校・養成施設において、
保健医療福祉に関する資格の複数取得を目指しやすくするための仕組みについて、
アイデアがあれば教えてください。

・法人調査と併せて、社会福祉法人の従業員の皆様を対象としたアンケート調査（従業員調査）も実施する予定です。
・従業員調査の実施にご協力いただける場合は、下記の「□同意する」にチェックを入れてください。
・従業員調査にご同意いただいた場合には、従業員調査の回答URLと会員ID（パスワードは不要）を従業員の皆様に転送・共有いただき、ご回答に協力いただきますようお願いいたします。

従業員調査への同意

☐ 同意する

確認

2）従業員調査

従業員調査票
保健医療福祉従事者の資格取得等に関するアンケート調査

法人ID（半角英数字8桁 例 A1234567）

1．現在、あなたは保健医療福祉に関する資格を保有していますか。

○ ①保有している
○ ②保有していない

2．現在、あなたが保有している保健医療福祉に関する資格は、どのような順番で取得しましたか。複数資格を保有されている方は、資格を取得した年月に基づいて、該当する資格を選択してください。複数の資格を同時に取得した場合は、同時取得にチェックを入れて、もう１つの資格を選択してください。

1番目
選択してください ☐ 同時
㉜その他（自由記述）

同時取得
選択してください
㉜その他（自由記述）

2番目
選択してください ☐ 同時
㉜その他（自由記述）

同時取得
選択してください
㉜その他（自由記述）

3番目
選択してください ☐ 同時
㉜その他（自由記述）

同時取得

選択してください

㉜その他（自由記述）

4番目

選択してください　同時

㉜その他（自由記述）

同時取得

選択してください

㉜その他（自由記述）

5番目

選択してください　同時

㉜その他（自由記述）

同時取得

選択してください

㉜その他（自由記述）

6番目

選択してください　同時

㉜その他（自由記述）

同時取得

選択してください

㉜その他（自由記述）

7番目

選択してください　同時

㉜その他（自由記述）

同時取得

選択してください

㉜その他（自由記述）

3．現在、保健医療福祉に関する資格を**保有していない**理由についてお伺いします。

3-1　資格を保有していない理由はありますか。

◯ ①ある（3－2にお進みください。）

◯ ②特にない（3－2は回答せず、次へお進みください。）

3-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を保有していない理由は何ですか。（複数選択可）

☐ ①入職時の条件ではなかったから

☐ ②法人から資格取得を求められたことがないから

☐ ③業務に当たって資格が必要ではないから

☐ ④資格取得のメリットを特に感じないから

☐ ⑤資格取得に費用がかかるから

☐ ⑥資格取得の時間がないから

☐ ⑦その他

4．保健医療福祉に関する資格を**複数取得**した理由についてお伺いします。

4-1　資格を複数取得した理由はありますか。

◯ ①ある（4－2にお進みください。）

◯ ②特にない（4－2は回答せず、次へお進みください。）

4-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を複数取得した理由は何ですか。（複数選択可）

☐ ①職種の転換のため

☐ ②業務の幅を広げるため

☐ ③知識・技能の向上のため

☐ ④他の専門職との連携をスムーズにするため

☐ ⑤知的好奇心

☐ ⑥職場が推奨しているため

☐ ⑦職場からの経済的支援があるため

☐ ⑧雇用形態の転換のため（非正規から正規）

☐ ⑨昇進・昇格のため

☐ ⑩給与上昇のため

☐ ⑪将来の転職に必要なため

- [ ] ⑫心身の体調の変化
- [ ] ⑬家庭の事情
- [ ] ⑭働き方を変えるため
- [ ] ⑮学校・養成施設で複数取得できたため
- [ ] ⑯その他

5．保健医療福祉に関する資格を**複数取得**したことによるあなたの心境の変化についてお伺いします。

5-1 あなたの心境に変化はありましたか。

- ◯ ①変化があった（5－2にお進みください。）
- ◯ ②特に変化はなかった（5－2は回答せず、次へお進みください。）

5-2 上記で「①変化があった」と答えた方にお聞きします。あなたの心境にどのような変化がありましたか。（複数選択可）

- [ ] ①他職種との考え方の違いが分かり、自分の業務に対する理解がより深まった
- [ ] ②他職種と比較した自職種の強みが分かるようになった
- [ ] ③現在の職種で就業を継続したい気持ちが強くなった
- [ ] ④新たに取得した資格を活用するために転職を考えるようになった
- [ ] ⑤その他

6．保健医療福祉に関する資格を**複数取得**したことによるあなたの処遇や働き方の変化についてお伺いします。

6-1 あなたの処遇や働き方に変化はありましたか。

- ◯ ①変化があった（6－2にお進みください。）
- ◯ ②特に変化はなかった（6－2は回答せず、次へお進みください。）

6-2 上記で「①変化があった」と答えた方にお聞きします。あなたの処遇や働き方にどのような変化がありましたか。（複数選択可）

- [ ] ①昇進・昇格した
- [ ] ②他の専門職との連携がスムーズになった
- [ ] ③雇用形態が転換した（非正規から正規）
- [ ] ④給与が上昇した
- [ ] ⑤資格を活かすことができる部署・担当に異動した
- [ ] ⑥同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった
- [ ] ⑦職場で表彰された

- [ ] ⑧周囲からの評価が高まった
- [ ] ⑨転職した
- [ ] ⑩独立・開業した
- [ ] ⑪職場外のネットワークが広がった
- [ ] ⑫その他

7．最初に取得した保健医療福祉に関する資格の取得方法を教えてください。

- ○ ①学校・養成施設在学中あるいは卒業直後に取得
- ○ ②働きながら資格を取得
- ○ ③それまでの仕事を辞めて勉強に専念し、資格を取得
- ○ ④求職活動をしながら資格を取得
- ○ ⑤その他

8．将来、新たに取得したいと考えている保健医療福祉に関する資格はありますか。

- ○ ①ある
- ○ ②ない

9．将来、新たに取得したいと考えている保健医療福祉に関する資格は何ですか。（複数選択可）

- [ ] ①介護福祉士
- [ ] ②介護支援専門員（ケアマネジャー）
- [ ] ③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）
- [ ] ④社会福祉士
- [ ] ⑤精神保健福祉士
- [ ] ⑥公認心理師
- [ ] ⑦保育士
- [ ] ⑧幼稚園教諭
- [ ] ⑨管理栄養士
- [ ] ⑩栄養士
- [ ] ⑪看護師
- [ ] ⑫保健師
- [ ] ⑬助産師
- [ ] ⑭医師
- [ ] ⑮歯科医師
- [ ] ⑯歯科衛生士

- [ ] ⑰歯科技工士
- [ ] ⑱薬剤師
- [ ] ⑲救命救急士
- [ ] ⑳臨床検査技師
- [ ] ㉑診療放射線技師
- [ ] ㉒臨床工学技士
- [ ] ㉓理学療法士
- [ ] ㉔作業療法士
- [ ] ㉕言語聴覚士
- [ ] ㉖視能訓練士
- [ ] ㉗義肢装具士
- [ ] ㉘あん摩マッサージ指圧師
- [ ] ㉙はり師
- [ ] ㉚きゅう師
- [ ] ㉛柔道整復師

10. 将来、保健医療福祉に関する資格を新たに取得したい理由についてお伺いします。

10-1 資格を新たに取得したい理由はありますか。

- ○ ①ある（１０－２にお進みください。）
- ○ ②特にない（１０－２は回答せず、次へお進みください。）

10-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を新たに取得したい理由は何ですか。（複数選択可）

- [ ] ①職種の転換のため
- [ ] ②業務の幅を広げるため
- [ ] ③知識・技能の向上のため
- [ ] ④他の専門職との連携をスムーズにするため
- [ ] ⑤知的好奇心
- [ ] ⑥職場が推奨しているため
- [ ] ⑦職場からの経済的支援があるため
- [ ] ⑧雇用形態の転換のため（非正規から正規）
- [ ] ⑨昇進・昇格のため
- [ ] ⑩給与上昇のため
- [ ] ⑪将来の転職に必要なため
- [ ] ⑫心身の体調の変化

- [ ] ⑬家庭の事情
- [ ] ⑭働き方を変えるため
- [ ] ⑮学校・養成施設で複数取得できるため
- [ ] ⑯その他

11. 将来、保健医療福祉に関する資格を新たに取得するうえでの課題についてお伺いします。

11-1 資格を新たに取得するうえでの課題はありますか。

- ◯ ①ある（１１－２にお進みください。）
- ◯ ②特に課題なし（１１－２は回答せず、次へお進みください。）

11-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を新たに取得するうえでの課題は何ですか。（複数選択可）

- [ ] ①学校・養成施設の学費や教材費等のお金がかかる
- [ ] ②学校・養成施設を卒業するまでに時間がかかる
- [ ] ③近くに適当な学校・養成施設がない
- [ ] ④学校・養成施設の入学試験の難易度が高い
- [ ] ⑤資格取得の難易度が高い（資格試験の合格率等）
- [ ] ⑥学校・養成施設の実習のために仕事を休む必要がある
- [ ] ⑦仕事が忙しくて勉強する時間がない
- [ ] ⑧仕事と家庭（育児・介護等）との両立が難しい
- [ ] ⑨資格を取得しても活かせる仕事があるかわからない
- [ ] ⑩資格を取得しても給与が上がらない
- [ ] ⑪資格取得に対する職場の支援が少ない
- [ ] ⑫家族や周囲の理解・協力が少ない
- [ ] ⑬資格を取得しても自分の業務が増えるだけで、メリットが少ない
- [ ] ⑭資格取得に対して、同僚から好意的に思われない
- [ ] ⑮その他

12. あなたの職場では、保健医療福祉に関する資格の保有数が増えると、給与等の処遇（基本給や手当等）が上がる仕組みになっていますか。

- ◯ ①はい
- ◯ ②いいえ
- ◯ ③わからない

13. 保健医療福祉に関する資格の保有は、あなたの業務の質を保証するものとして重要であると思いますか。

- ◯ ①とても思う
- ◯ ②少し思う
- ◯ ③あまり思わない
- ◯ ④全く思わない

14. 現在の仕事をしている中で、同じ職場に保健医療福祉に関する資格を**複数取得**している人が必要だと思ったことはありますか。

- ◯ ①ある
- ◯ ②ない

15. あなたが理想的と考える姿について、「１つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材」を「０」、「多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材」を「10」とすると、どの辺りにあると思いますか。

１つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材										多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

選択してください

16. あなたはこれまでに何回離職したことがありますか。（離職した業界や離職の理由は問いません）

[　　] 回

17. 直近であなたが離職した理由は何ですか。（複数選択可）

＜過去の職場環境に関する理由＞

17-1-1　離職した理由は過去の職場環境に関するものですか。

- ◯ ①はい（１７－１－２にお進みください。）
- ◯ ②いいえ（１７－１－２は回答せず、次へお進みください。）

17-1-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

- ☐ ①専門性が発揮できなかった
- ☐ ②自分が成長している実感がなかった
- ☐ ③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されなかった
- ☐ ④キャリアアップの機会がなかった

☐ ⑤目標にしたい先輩・同僚がいなかった

☐ ⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好でなかった

☐ ⑦その他

＜過去の仕事に関する理由＞

17-2-1　離職した理由は過去の仕事に関するものですか。

◯ ①はい（１７－２－２にお進みください。）

◯ ②いいえ（１７－２－２は回答せず、次へお進みください。）

17-2-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

☐ ①利用者の援助・支援や生活改善につながらなかった

☐ ②仕事が楽しくなかった

☐ ③社会に貢献できないと感じた

☐ ④業務量が多くて余裕がなかった

☐ ⑤取得した保健医療福祉に関する資格が活かせなかった

☐ ⑥仕事にやりがいを感じなかった

☐ ⑦その他

＜過去の処遇に関する理由＞

17-3-1　離職した理由は過去の処遇に関するものですか。

◯ ①はい（１７－３－２にお進みください。）

◯ ②いいえ（１７－３－２は回答せず、次へお進みください。）

17-3-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

☐ ①残業や休日出勤が多かった

☐ ②福利厚生が充実していなかった

☐ ③給与水準が低かった

☐ ④性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がなかった

☐ ⑤その他

＜ワーク・ライフバランスに関する理由＞

17-4-1　離職した理由はワーク・ライフバランスに関するものですか。

◯ ①はい（１７－４－２にお進みください。）

◯　②いいえ（１７－４－２は回答せず、次へお進みください。）

17-4-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

☐　①仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がなかった

☐　②家庭の事情で継続できなかった

☐　③従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がなかった

☐　④その他

＜転職理由＞

17-5-1　離職した理由は転職先に関するものですか。

◯　①はい（１７－５－２にお進みください。）

◯　②いいえ（１７－５－２は回答せず、次へお進みください。）

17-5-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

☐　①法人から転職の誘いがあった

☐　②業務改善や新しいことにチャレンジする環境があった

☐　③経験やネットワークを活かせた

☐　④社会に貢献したかった

☐　⑤給与水準が良かった

☐　⑥義理・恩返しの気持ちがあった

☐　⑦その他

＜その他の離職理由＞

17-6-1　離職したその他の理由はありますか。

◯　①はい（１７－６－２にお進みください。）

◯　②いいえ（１７－６－２は回答せず、次へお進みください。）

17-6-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

☐　①保健医療福祉に関する新たな資格を取得するため

☐　②転職活動を行うため

☐　③心身の体調に変化があったため

☐　④結婚したため

☐　⑤転居したため

☐ ⑥その他

18. ひとつ前の職場での勤続年数はおおよそ何年ですか。（小数点以下は切り捨て）

年

19. ひとつ前の職場での職業は何ですか。保健医療福祉業界で勤務されていた方は職種を、他業界で勤務されていた方は業種をお答えください。

＜保健医療福祉業界＞

○ ①介護職
○ ②福祉職（高齢者関係）
○ ③福祉職（子ども関係）
○ ④福祉職（障害者関係）
○ ⑤福祉職（その他）
○ ⑥看護職
○ ⑦医療職
○ ⑧保健職
○ ⑨事務職（管理職を含む）

＜他業界＞

○ ①農業、林業、漁業
○ ②鉱業、採石業、砂利採取業
○ ③建設業
○ ④製造業
○ ⑤電気・ガス・熱供給・水道業
○ ⑥情報通信業
○ ⑦運輸業、郵便業
○ ⑧卸売業、小売業
○ ⑨金融業、保険業
○ ⑩不動産業、物品賃貸業
○ ⑪学術研究、専門・技術サービス業
○ ⑫宿泊業、飲食サービス業
○ ⑬生活関連サービス業、娯楽業
○ ⑭教育、学習支援業
○ ⑮複合サービス事業（郵便局、協同組合）
○ ⑯その他のサービス業
○ ⑰公務

20. **ひとつ前の職場**で在職中に保有していた保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

20-1　ひとつ前の職場で保有していた資格はありますか。

◯　①ある（２０－２にお進みください。

◯　②特になし（２０－２は回答せず、次へお進みください。）

20-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。保有していた資格は何ですか。（複数選択可）

- ☐ ①介護福祉士
- ☐ ②介護支援専門員（ケアマネジャー）
- ☐ ③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）
- ☐ ④社会福祉士
- ☐ ⑤精神保健福祉士
- ☐ ⑥公認心理師
- ☐ ⑦保育士
- ☐ ⑧幼稚園教諭
- ☐ ⑨管理栄養士
- ☐ ⑩栄養士
- ☐ ⑪看護師
- ☐ ⑫保健師
- ☐ ⑬助産師
- ☐ ⑭医師
- ☐ ⑮歯科医師
- ☐ ⑯歯科衛生士
- ☐ ⑰歯科技工士
- ☐ ⑱薬剤師
- ☐ ⑲救命救急士
- ☐ ⑳臨床検査技師
- ☐ ㉑診療放射線技師
- ☐ ㉒臨床工学技士
- ☐ ㉓理学療法士
- ☐ ㉔作業療法士
- ☐ ㉕言語聴覚士
- ☐ ㉖視能訓練士
- ☐ ㉗義肢装具士
- ☐ ㉘あん摩マッサージ指圧師
- ☐ ㉙はり師

- [ ] ㉚きゅう師
- [ ] ㉛柔道整復師
- [ ] ㉜該当する資格なし

---

21. ひとつ前の職場で勤務のために活用していた保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

21-1　ひとつ前の職場で活用していた資格はありますか。

- ◯ ①ある（２１－２にお進みください。）
- ◯ ②特になし（２１－２は回答せず、次へお進みください。）

21-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用していた資格は何ですか。（複数選択可）

- [ ] ①介護福祉士
- [ ] ②介護支援専門員（ケアマネジャー）
- [ ] ③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）
- [ ] ④社会福祉士
- [ ] ⑤精神保健福祉士
- [ ] ⑥公認心理師
- [ ] ⑦保育士
- [ ] ⑧幼稚園教諭
- [ ] ⑨管理栄養士
- [ ] ⑩栄養士
- [ ] ⑪看護師
- [ ] ⑫保健師
- [ ] ⑬助産師
- [ ] ⑭医師
- [ ] ⑮歯科医師
- [ ] ⑯歯科衛生士
- [ ] ⑰歯科技工士
- [ ] ⑱薬剤師
- [ ] ⑲救命救急士
- [ ] ⑳臨床検査技師
- [ ] ㉑診療放射線技師
- [ ] ㉒臨床工学技士
- [ ] ㉓理学療法士
- [ ] ㉔作業療法士
- [ ] ㉕言語聴覚士

- [ ] ㉖視能訓練士
- [ ] ㉗義肢装具士
- [ ] ㉘あん摩マッサージ指圧師
- [ ] ㉙はり師
- [ ] ㉚きゅう師
- [ ] ㉛柔道整復師
- [ ] ㉜該当する資格なし

22. **現在の職場**での勤続年数はおおよそ何年ですか。（小数点以下は切り捨て）

[ ] 年

23. **現在の職場**での職種は何ですか。

選択してください

24. **現在の職場**で**勤務のために活用している保健医療福祉に関する資格**についてお伺いします。

24-1 現在の職場で活用している資格はありますか。

- ○ ①ある（２４－２にお進みください。）
- ○ ②特になし（２４－２は回答せず、次へお進みください。）

24-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用している資格は何ですか。（複数選択可）

- [ ] ①介護福祉士
- [ ] ②介護支援専門員（ケアマネジャー）
- [ ] ③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）
- [ ] ④社会福祉士
- [ ] ⑤精神保健福祉士
- [ ] ⑥公認心理師
- [ ] ⑦保育士
- [ ] ⑧幼稚園教諭
- [ ] ⑨管理栄養士
- [ ] ⑩栄養士
- [ ] ⑪看護師
- [ ] ⑫保健師
- [ ] ⑬助産師
- [ ] ⑭医師

- [ ] ⑮歯科医師
- [ ] ⑯歯科衛生士
- [ ] ⑰歯科技工士
- [ ] ⑱薬剤師
- [ ] ⑲救命救急士
- [ ] ⑳臨床検査技師
- [ ] ㉑診療放射線技師
- [ ] ㉒臨床工学技士
- [ ] ㉓理学療法士
- [ ] ㉔作業療法士
- [ ] ㉕言語聴覚士
- [ ] ㉖視能訓練士
- [ ] ㉗義肢装具士
- [ ] ㉘あん摩マッサージ指圧師
- [ ] ㉙はり師
- [ ] ㉚きゅう師
- [ ] ㉛柔道整復師
- [ ] ㉜該当する資格なし

25. **将来**、転職をする意向はありますか。

- ◯ ①大いにある
- ◯ ②少しある
- ◯ ③あまりない
- ◯ ④全くない
- ◯ ⑤転職はせず、離職する

26. **将来**の転職あるいは離職はおおよそ何年後を予定していますか。（小数点以下は切り捨て）

[ ] 年後

27. **将来**、希望する職業は何ですか。保健医療福祉業界での勤務を希望する方は職種を、他業界での勤務を希望する方は業種をお答えください。

＜保健医療福祉業界＞

- ◯ ①介護職
- ◯ ②福祉職（高齢者関係）
- ◯ ③福祉職（子ども関係）

◯ ④福祉職（障害者関係）

◯ ⑤福祉職（その他）

◯ ⑥看護職

◯ ⑦医療職

◯ ⑧保健職

◯ ⑨事務職（管理職を含む）

＜他業界＞

◯ ①農業、林業、漁業

◯ ②鉱業、採石業、砂利採取業

◯ ③建設業

◯ ④製造業

◯ ⑤電気・ガス・熱供給・水道業

◯ ⑥情報通信業

◯ ⑦運輸業、郵便業

◯ ⑧卸売業、小売業

◯ ⑨金融業、保険業

◯ ⑩不動産業、物品賃貸業

◯ ⑪学術研究、専門・技術サービス業

◯ ⑫宿泊業、飲食サービス業

◯ ⑬生活関連サービス業、娯楽業

◯ ⑭教育、学習支援業

◯ ⑮複合サービス事業（郵便局、協同組合）

◯ ⑯その他のサービス業

◯ ⑰公務

---

28. **将来の職場**で**勤務のために活用する予定の保健医療福祉に関する資格**についてお伺いします。

28-1 将来の職場で活用する予定の資格はありますか。

◯ ①ある（２８－２にお進みください。）

◯ ②特になし（２８－２は回答せず、次へお進みください。）

28-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用する予定の資格は何ですか。（複数選択可）

☐ ①介護福祉士

☐ ②介護支援専門員（ケアマネジャー）

☐ ③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）

☐ ④社会福祉士

- [ ] ⑤精神保健福祉士
- [ ] ⑥公認心理師
- [ ] ⑦保育士
- [ ] ⑧幼稚園教諭
- [ ] ⑨管理栄養士
- [ ] ⑩栄養士
- [ ] ⑪看護師
- [ ] ⑫保健師
- [ ] ⑬助産師
- [ ] ⑭医師
- [ ] ⑮歯科医師
- [ ] ⑯歯科衛生士
- [ ] ⑰歯科技工士
- [ ] ⑱薬剤師
- [ ] ⑲救命救急士
- [ ] ⑳臨床検査技師
- [ ] ㉑診療放射線技師
- [ ] ㉒臨床工学技士
- [ ] ㉓理学療法士
- [ ] ㉔作業療法士
- [ ] ㉕言語聴覚士
- [ ] ㉖視能訓練士
- [ ] ㉗義肢装具士
- [ ] ㉘あん摩マッサージ指圧師
- [ ] ㉙はり師
- [ ] ㉚きゅう師
- [ ] ㉛柔道整復師
- [ ] ㉜該当する資格なし

29. あなたが業務を行う上で多職種連携が必要となる場面はありますか。

- ◯ ①しばしばある
- ◯ ②少しある
- ◯ ③あまりない
- ◯ ④全くない

30. あなたが**主として働いている施設・事業所**はどの都道府県にありますか。

選択してください

31. あなたは**現在の職場環境**についてどのように感じていますか。

	とても思う	少し思う	あまり思わない	全く思わない
①専門性が発揮できる	○	○	○	○
②自分が成長している実感がある	○	○	○	○
③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されている	○	○	○	○
④キャリアアップの機会がある	○	○	○	○
⑤目標にしたい先輩・同僚がいる	○	○	○	○
⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好である	○	○	○	○
⑦利用者の援助・支援や生活改善につながる	○	○	○	○
⑧仕事が楽しい	○	○	○	○
⑨社会に貢献できると感じる	○	○	○	○
⑩業務量が適度で余裕がある	○	○	○	○
⑪取得した保健医療福祉に関する資格が活かせる	○	○	○	○
⑫仕事にやりがいを感じる	○	○	○	○
⑬残業や休日出勤が少ない	○	○	○	○
⑭福利厚生が充実している	○	○	○	○
⑮給与水準が高い	○	○	○	○
⑯性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がある	○	○	○	○
⑰仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がある	○	○	○	○
⑱従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある	○	○	○	○
⑲業務改善や新しいことにチャレンジする環境がある	○	○	○	○

32. あなたが**現在の法人**を知ったきっかけは何ですか。（複数選択可）

- □ ①ハローワーク
- □ ②福祉人材センター
- □ ③学校・養成施設での進路指導
- □ ④求人・就職情報誌、求人情報サイト
- □ ⑤折り込みチラシ、施設・事業所のホームページ
- □ ⑥就職セミナー・就職説明会
- □ ⑦知人・友人からの紹介
- □ ⑧ボランティア
- □ ⑨学校・養成施設の実習
- □ ⑩施設・事業所からの就職の働きかけ

☐ ⑪SNS（ツイッター、フェイスブック等）

☐ ⑫その他 [ ]

---

33. あなたが**現在の職場**に入職した動機についてお伺いします。

33-1 入職した動機はありますか。

◯ ①ある（３３－２にお進みください。）

◯ ②特になし（３３－２は回答せず、次へお進みください。）

33-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。入職した動機は何ですか。（複数選択可）

☐ ①やりたい職種・仕事内容だから

☐ ②働き甲斐のある仕事だと思ったから

☐ ③人や社会の役に立ちたいから

☐ ④取得した保健医療福祉に関する資格が活かせるから

☐ ⑤法人の方針や理念に共感したから

☐ ⑥法人の経営が健全で安定しているから

☐ ⑦通勤が便利だから

☐ ⑧労働日数や労働時間が希望と合っているから

☐ ⑨給与水準が妥当だから

☐ ⑩福利厚生が充実しているから

☐ ⑪研修が充実しているから

☐ ⑫その他 [ ]

---

34. あなたの**現在の**雇用形態はどれですか。

◯ ①正規雇用

◯ ②非正規雇用（雇用期間の定め**あり**）

◯ ③非正規雇用（雇用期間の定め**なし**）

---

35. **現在の職場**では、平均して週に何日間勤務していますか。（小数点以下は切り捨て）

[ ] 日間

---

36. **現在の職場**では、平均して１日に何時間勤務していますか。（残業時間も含めてお答えください）（小数点以下は切り捨て）

[ ]

時間

37. あなたご本人の**現在の月収**はおおよそ何万円ですか。（手取り額ではなく、税・保険料等を控除する前の額をお答えください）（小数点以下は切り捨て）

万円

38. あなたご本人の**現在の年収**はおおよそ何万円ですか。（ボーナス等の臨時報酬や各種手当も含めてください）（小数点以下は切り捨て）

万円

39. あなたの家計での**主たる生計維持者**は誰ですか。

- ①あなた
- ②あなた以外
- ③配偶者等との間で折半

40. あなたの性別を教えてください。

- ①男
- ②女
- ③答えたくない

41. あなたの年齢を教えてください。

歳

42. あなたの最終学歴を教えてください。

- ①中学卒業
- ②高校卒業
- ③高専卒業
- ④専門学校卒業
- ⑤短期大学卒業
- ⑥大学卒業
- ⑦大学院修了（修士以上）
- ⑧その他

43. あなたの職位を教えてください。

- ○ ①管理職
- ○ ②主任・サブリーダー等、職場のまとめ役
- ○ ③一般職・担当職
- ○ ④事務職
- ○ ⑤その他 [ ]

44. あなたの婚姻状況と子どもの有無を教えてください。

- ○ ①未婚（子ども**なし**）
- ○ ②未婚（子ども**あり**）
- ○ ③既婚（子ども**なし**）
- ○ ④既婚（子ども**あり**）

45. 保健医療福祉従事者が様々な専門性の獲得を希望する場合に、学校・養成施設において、**保健医療福祉に関する資格の複数取得を目指しやすくするための仕組み**について、アイデアがあれば教えてください。

[ ]

確認

参考資料２

調査回答状況

1）法人調査

1．法人本部が所在する都道府県はどこですか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
北海道	1.7	9
青森県	1.4	7
岩手県	1.4	7
宮城県	1.7	9
秋田県	3.1	16
山形県	1.0	5
福島県	3.1	16
茨城県	2.3	12
栃木県	2.7	14
群馬県	5.6	29
埼玉県	3.9	20
千葉県	1.7	9
東京都	2.1	11
神奈川県	3.9	20
新潟県	1.7	9
富山県	1.4	7
石川県	1.0	5
福井県	1.0	5
山梨県	1.6	8
長野県	2.5	13
岐阜県	0.8	4
静岡県	1.9	10
愛知県	1.2	6
三重県	2.3	12
滋賀県	1.7	9
京都府	2.9	15
大阪府	4.1	21
兵庫県	2.7	14

奈良県	1.9	10
和歌山県	1.0	5
鳥取県	1.2	6
島根県	3.1	16
岡山県	2.9	15
広島県	2.5	13
山口県	2.3	12
徳島県	0.8	4
香川県	1.9	10
愛媛県	1.6	8
高知県	0.8	4
福岡県	3.1	16
佐賀県	2.7	14
長崎県	3.1	16
熊本県	1.7	9
大分県	1.6	8
宮崎県	2.5	13
鹿児島県	2.5	13
沖縄県	0.4	2

1. 法人本部所在エリア

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
北海道	1.7	9
東北地方	11.6	60
関東地方	22.3	115
中部地方	13.0	67
近畿地方	16.7	86
中国地方	12.0	62
四国地方	5.0	26
九州地方	17.6	91

2. 直近における法人の収入規模（事業活動収入額）は何億円ですか。（小数点以下は切り捨て）

2. 直近における法人の収入規模

	全体（%）	全体（人）
N	516	516

1億円未満	1.6	8
1億円	8.1	42
2億円	8.3	43
3億円	5.8	30
4億円	10.5	54
5億円	7.6	39
6億円	8.5	44
7億円	6.0	31
8億円	4.1	21
9億円	3.5	18
10 億円	3.9	20
11～14 億円	10.7	55
15～19 億円	8.7	45
20～24 億円	3.7	19
25～29 億円	1.7	9
30 億円以上	7.4	38
平　均	11.2	11
最小値	－	－
最大値	138.0	138

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか。（該当しない場合は 0 を入力）

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　①介護保険事業　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	325	325
1か所	15.4	50
2か所	11.4	37
3か所	10.8	35
4か所	9.8	32
5か所	9.2	30
6か所	5.2	17
7か所	6.8	22
8か所	5.2	17
9か所	3.1	10
10 か所	4.3	14
11～14 か所	8.0	26
15～19 か所	5.2	17

20 か所以上	5.5	18
平　均	7.5	8
最小値	1.0	1
最大値	92.0	92

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　②老人福祉事業（措置事業）　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	130	130
1か所	70.8	92
2か所	20.0	26
3か所	3.8	5
4か所	1.5	2
5～9か所	2.3	3
10か所以上	1.5	2
平　均	1.7	2
最小値	1.0	1
最大値	16.0	16

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　③生活保護事業　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	16	16
1か所	75.0	12
2か所	12.5	2
3か所	6.3	1
4か所	6.3	1
平　均	1.4	1
最小値	1.0	1
最大値	4.0	4

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　④児童福祉事業（保育を除く、障害児サービスを含む）　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	119	119
1か所	47.9	57
2か所	18.5	22
3か所	10.9	13
4か所	5.9	7

5か所	5.9	7
6か所以上	10.9	13
平　均	2.8	3
最小値	1.0	1
最大値	16.0	16

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　⑤医療事業　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	46	46
1か所	60.9	28
2か所	26.1	12
3か所	10.9	5
7か所	2.2	1
平　均	1.6	2
最小値	1.0	1
最大値	7.0	7

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　⑥保育事業　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	171	171
1か所	49.7	85
2か所	20.5	35
3か所	7.6	13
4か所	7.0	12
5か所	1.8	3
6～10 か所	9.9	17
11 か所以上	3.5	6
平　均	2.9	3
最小値	1.0	1
最大値	24.0	24

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　⑦障害福祉事業　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	246	246
1か所	19.5	48
2か所	14.6	36
3か所	9.8	24

4か所	10.2	25
5か所	7.3	18
6か所	8.9	22
7か所	6.9	17
8か所	4.5	11
9か所	2.0	5
10 か所	3.7	9
11～14 か所	4.1	10
15～19 か所	3.3	8
20 か所以上	5.3	13
平　均	6.3	6
最小値	1.0	1
最大値	87.0	87

3. 法人が運営している各事業の施設・事業所は何か所ですか　⑧その他　施設・事業所

	全体（%）	全体（人）
N	130	130
1か所	65.4	85
2か所	16.2	21
3か所	6.2	8
4か所	5.4	7
5か所	－	－
6か所以上	6.9	9
平　均	2.1	2
最小値	1.0	1
最大値	18.0	18

運営事業

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
ひとつ	11.6	60
複数	88.4	456

4. 法人の事業はどの範囲で展開していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	456	456
①同じ市町村	63.2	288

②同じ都道府県の複数の市町村	30.7	140
③近隣の都道府県	4.4	20
④全国規模	1.8	8

５．新規採用に当たり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①条件としている（必置資格のみ）	32.9	170
②条件としている（必置資格以外も含む）	6.0	31
③条件としていない	55.4	286
④その他	5.6	29
TOP2	39.0	201

６．中途採用に当たり、保健医療福祉に関する資格保有を条件としていますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①条件としている（必置資格のみ）	34.7	179
②条件としている（必置資格以外も含む）	6.8	35
③条件としていない	52.5	271
④その他	6.0	31
TOP2	41.5	214

７．従業員の保健医療福祉に関する資格取得のために実施している支援についてお伺いします。

７ －1　法人において何らかの支援を実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（7－2にお進みください。）	79.7	411
②実施していない（7－2は回答せず、次へお進みください。）	20.3	105

７ －2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している支援は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	411	411
①資格取得費用の全額助成	25.1	103
②資格取得費用の一部助成	62.3	256
③資格取得に必要な実習を業務時間とみなす	42.3	174
④その他	23.1	95

８．従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①はい	59.1	305
②いいえ	10.5	54
③どちらともいえない	30.4	157

9. 従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進する理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	305	305
①従業員の知識・技能の向上のため	98.4	300
②従業員の給与向上の条件としているため	44.9	137
③従業員の昇格の要件としているため（管理職登用等）	26.6	81
④従業員が幅広い業務に対応するため	76.1	232
⑤従業員からの要望があるため	17.7	54
⑥法人内の人事配置・再配置を容易にするため	75.4	230
⑦法人内の既存事業の多機能化を推進するため	48.9	149
⑧法人内の他分野事業への多角化を推進するため	19.0	58
⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進するため	55.1	168
⑩対象者の相互交流を推進するため（子どもと高齢者等）	10.5	32
⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止めるため	52.1	159
⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段と考えられるため	55.1	168
⑬その他	2.6	8

10. 従業員に対して保健医療福祉に関する資格の複数取得を推進しない理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	54	54
①従業員の知識・技能の向上につながるとは考えられないため	9.3	5
②従業員の給与向上につながる仕組みを設けていないため	29.6	16
③従業員の昇格の要件としていないため（管理職登用等）	35.2	19
④従業員が幅広い業務に対応することは困難なため	18.5	10
⑤従業員からの要望がないため	42.6	23
⑥法人内の人事配置・再配置が容易になるとは限らないため	24.1	13
⑦法人内の既存事業の多機能化を推進する必要がないため	16.7	9
⑧法人内の他分野事業への多角化を推進する必要がないため	20.4	11
⑨法人内の従業員間の多職種連携を推進する必要がないため	22.2	12

⑩対象者の相互交流を推進する必要がないため（子どもと高齢者等）	14.8	8
⑪対象者の多様なニーズを包括的に受け止める必要がないため	5.6	3
⑫保健医療福祉人材の確保・定着のために有効な手段とは考えられないため	18.5	10
⑬その他	13.0	7

11. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有によって基本給は上がりますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①どの資格の保有でも基本給は上がる	18.6	96
②資格のうち国家資格の保有のみ基本給は上がる	22.7	117
③どの資格の保有でも基本給は上がらない	45.2	233
④その他	13.6	70

12. 従業員の保健医療福祉に関する資格の保有数に応じた資格手当はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①どの資格の保有でも資格手当はあり、資格数に比例して増える	10.9	56
②どの資格の保有でも資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	20.5	106
③資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあり、資格数に比例して増える	8.1	42
④資格のうち国家資格の保有のみ資格手当はあるが、資格数がいくつであっても変わらない	15.9	82
⑤資格の種類によらず俸給表は同じであるが、資格手当はない	14.9	77
⑥資格の種類によって俸給表が異なるため、資格手当はない	8.7	45
⑦その他	20.9	108

13. １資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。以下の資格についてお答えください。（該当しない場合は０を入力）

13. １資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。　①介護福祉士　月額

	全体（%）	全体（人）
N	252	252
100 円未満	0.4	1
100 ～999 円	－	－
1000 円	0.4	1

2000 円	1.2	3
3000 円	13.9	35
4000 円	3.6	9
5000 円	28.6	72
6000 円	5.6	14
7000 円	4.8	12
8000 円	5.6	14
9000 円	0.8	2
1 万円台	29.8	75
2 万円台	4.4	11
3 万円台	0.8	2
4 万以上	0.4	1
平　均	7,942.6	7,943
最小値	30.0	30
最大値	48,000.0	48,000

13. １資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。　②社会福祉士　月額

	全体（%）	全体（人）
N	239	239
100 円未満	0.4	1
100 ～999 円	－	－
1000 円	0.8	2
2000 円	1.7	4
3000 円	8.8	21
4000 円	2.9	7
5000 円	23.0	55
6000 円	4.6	11
7000 円	3.3	8
8000 円	2.9	7
9000 円	0.8	2
1 万円台	38.9	93
2 万円台	8.4	20
3 万円台	2.9	7
4 万以上	0.4	1
平　均	9,714.5	9,714
最小値	50.0	50

最大値	40,000.0	40,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ③精神保健福祉士 月額

	全体(%)	全体(人)
N	146	146
100 円未満	−	−
100 ～999 円	−	−
1000 円	1.4	2
2000 円	2.7	4
3000 円	9.6	14
4000 円	5.5	8
5000 円	26.0	38
6000 円	4.8	7
7000 円	2.7	4
8000 円	2.7	4
9000 円	1.4	2
1 万円台	33.6	49
2 万円台	6.8	10
3 万円台	2.7	4
4 万以上	−	−
平 均	8,861.8	8,862
最小値	1,000.0	1,000
最大値	30,000.0	30,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ④保育士 月額

	全体(%)	全体(人)
N	97	97
100 円未満	−	−
100 ～999 円	−	−
1000 円	3.1	3
2000 円	5.2	5
3000 円	15.5	15
4000 円	3.1	3
5000 円	23.7	23
6000 円	7.2	7
7000 円	9.3	9

8000 円	5.2	5
9000 円	1.0	1
1 万円台	18.6	18
2 万円台	6.2	6
3 万円台	1.0	1
4 万以上	1.0	1
平　均	7,656.3	7,656
最小値	1,000.0	1,000
最大値	40,000.0	40,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ⑤看護師　月額

	全体(%)	全体(人)
N	194	194
100 円未満	0.5	1
100 ～999 円	－	－
1000 円	－	－
2000 円	1.0	2
3000 円	4.6	9
4000 円	2.1	4
5000 円	10.8	21
6000 円	1.5	3
7000 円	3.1	6
8000 円	2.6	5
9000 円	0.5	1
1 万円台	36.1	70
2 万円台	21.1	41
3 万円台	8.8	17
4 万以上	7.2	14
平　均	16,282.7	16,283
最小値	50.0	50
最大値	60,000.0	60,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ⑥理学療法士　月額

	全体(%)	全体(人)
N	136	136
100 円未満	0.7	1

100 ～999 円	−	−
1000 円	−	−
2000 円	0.7	1
3000 円	5.9	8
4000 円	2.2	3
5000 円	7.4	10
6000 円	1.5	2
7000 円	2.9	4
8000 円	2.2	3
9000 円	0.7	1
1 万円台	37.5	51
2 万円台	20.6	28
3 万円台	10.3	14
4 万以上	7.4	10
平　均	16,527.4	16,527
最小値	50.0	50
最大値	70,000.0	70,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ⑦作業療法士　月額

	全体(%)	全体(人)
N	130	130
100 円未満	−	−
100 ～999 円	−	−
1000 円	−	−
2000 円	0.8	1
3000 円	6.9	9
4000 円	2.3	3
5000 円	9.2	12
6000 円	1.5	2
7000 円	2.3	3
8000 円	2.3	3
9000 円	0.8	1
1 万円台	36.9	48
2 万円台	20.8	27
3 万円台	9.2	12
4 万以上	6.9	9

平　均	16,174.5	16,174
最小値	2,000.0	2,000
最大値	70,000.0	70,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ⑧上記以外の資格 最低 月額

	全体(%)	全体(人)
N	192	192
100 円未満	1.0	2
100 ～999 円	0.5	1
1000 円	13.5	26
2000 円	17.7	34
3000 円	25.0	48
4000 円	2.6	5
5000 円	24.5	47
6000 円	2.1	4
7000 円	1.6	3
8000 円	1.6	3
9000 円	－	－
1 万円台	8.9	17
2 万円台	1.0	2
3 万円台	－	－
4 万以上	－	－
平　均	4,102.4	4,102
最小値	3.0	3
最大値	20,000.0	20,000

13. 1資格当たりの資格手当は月額で何円ですか。 ⑧上記以外の資格 最高 月額

	全体(%)	全体(人)
N	184	184
100 円未満	0.5	1
100 ～999 円	－	－
1000 円	0.5	1
2000 円	4.3	8
3000 円	6.5	12
4000 円	2.7	5
5000 円	15.2	28

6000 円	2.7	5
7000 円	1.6	3
8000 円	4.3	8
9000 円	0.5	1
1 万円台	32.1	59
2 万円台	15.8	29
3 万円台	7.6	14
4 万以上	5.4	10
平　均	13,977.5	13,977
最小値	50.0	50
最大値	63,000.0	63,000

14. 法人内部の処遇改善に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

14－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（14－2にお進みください。）	98.3	507
②実施していない（14－2は回答せず、次へお進みください。）	1.7	9

14－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	507	507
①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と給与体系を整備している	77.1	391
②資質向上のための計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保している	72.8	369
③経験もしくは資格に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づいて定期的に昇給を判定する仕組みを設けている	61.9	314
④職場環境の改善を図っている（給与改善は除く）	59.6	302
⑤従業員の経験や勤続年数に応じて給与を加算する仕組みを設けている	55.6	282
⑥給与改善を計画的に実施し、従業員への周知を図っている	38.1	193
⑦その他	2.2	11

16. 人材確保に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

16－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）

N	516	516
①実施している（16－2にお進みください。）	94.8	489
②実施していない（16－2は回答せず、次へお進みください。）	5.2	27

16－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	489	489
①求める人材や組織としての方向性を明確にする	54.6	267
②従業員のキャリアパスを明確にする	57.1	279
③従業員のニーズに合った多様な働き方を制度化する	45.4	222
④広報活動に力を入れる	60.1	294
⑤従業員からの紹介を促進する	67.1	328
⑥地域の他法人や事業所と共同で採用活動を行う	9.2	45
⑦地域や学校（大学・高校・専門学校等）とのつながりを強化する	68.7	336
⑧その他	5.7	28

17. 資質の向上やキャリアアップに関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

17－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（17－2にお進みください。）	93.2	481
②実施していない（17－2は回答せず、次へお進みください。）	6.8	35

17－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	481	481
①働きながら資格取得を目指す従業員に対する支援	80.0	385
②より専門性の高い技術習得やマネジメント研修の受講支援	57.4	276
③研修の受講・キャリア制度と人事考課との連動	46.8	225
④エルダー・メンター制度（仕事やメンタル面のサポートをする担当者）の導入	38.9	187
⑤キャリアアップに関する定期的な相談機会の確保（上位者・担当者によるキャリア面談等）	36.0	173
⑥その他	1.9	9

18. 従業員の多様な働き方に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

18－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（18－2にお進みください。）	97.5	503
②実施していない（18－2は回答せず、次へお進みください。）	2.5	13

18－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	503	503
①仕事と家庭（育児・介護等）を両立するための休業制度の充実	79.9	402
②事業所内託児施設の整備	13.5	68
③従業員の事情に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入	71.6	360
④従業員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換制度の整備	74.4	374
⑤有給休暇を取得しやすい環境の整備	78.1	393
⑥福利厚生制度の充実	57.7	290
⑦従業員の相談体制の充実	45.1	227
⑧職場風土改善に向けた研修の実施	28.8	145
⑨その他	2.0	10

19. 従業員の心身の健康管理に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

19－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（19－2にお進みください。）	93.4	482
②実施していない（19－2は回答せず、次へお進みください。）	6.6	34

19－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	482	482
①身体の負担軽減のための技術習得支援（腰痛対策等）や介護機器の導入（介護ロボット・リフト等）	59.8	288
②健康管理対策の実施（健康診断・ストレスチェック、休憩室の設置等）	93.6	451
③雇用管理改善に向けた管理者に対する研修の実施	33.8	163
④事故・トラブルへの対応マニュアルの作成	56.4	272
⑤その他	4.4	21

20. 業務効率化に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

20－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（20－2にお進みください。）	94.6	488
②実施していない（20－2は回答せず、次へお進みください。）	5.4	28

20－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	488	488
①ICT 活用（タブレット端末・インカム等）やロボット・センサー（見守り機器等）の導入による業務量の縮減・省力化・効率化	80.1	391
②PDCA サイクルを活用した職場環境改善	28.9	141
③高齢者の活躍（居室・フロアの掃除、食事の配膳・下膳のほか、経理・労務・広報も含めた業務の実施）による役割分担の明確化	52.7	257
④5S 活動（業務管理手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・しつけの頭文字をとったもの）の実践による職場環境の整備	29.9	146
⑤業務マニュアルの作成や記録・報告様式の工夫による情報共有、作業負担の軽減	65.6	320
⑥その他	2.0	10

21. やりがい、働き甲斐の醸成に関する取り組みとして実施しているものについてお伺いします。

21－1　法人において何らかの取り組みを実施していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①実施している（21－2にお進みください。）	85.3	440
②実施していない（21－2は回答せず、次へお進みください。）	14.7	76

21－2　上記で「①実施している」と答えた方にお聞きします。実施している取り組みは何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	440	440
①個々の従業員の気づきを踏まえた職場環境やケア内容の改善	67.5	297
②地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流	35.5	156
③法人の方針・理念（利用者本位のケア等）を定期的に学ぶ機会の提供	68.2	300

④ケアの好事例や利用者・家族からの謝意を共有する機会の提供	41.8	184
⑤その他	2.5	11

22. 施設・事業所の従業員に支給している手当についてお伺いします。

22－1　法人において何らかの手当を支給していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①支給している（22－2にお進みください。）	99.6	514
②支給していない（22－2は回答せず、次へお進みください。）	0.4	2

22－2　上記で「①支給している」と答えた方にお聞きします。支給している手当は何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	514	514
①夜勤手当	81.1	417
②時間外手当（早朝・深夜・休日手当）	96.5	496
③家族（扶養）手当	87.2	448
④通勤手当	98.8	508
⑤職務手当（役職手当）	95.9	493
⑥資格手当	72.2	371
⑦研修手当	12.3	63
⑧地域手当	7.6	39
⑨感染症対応に関わる手当	34.8	179
⑩賞与	96.3	495
⑪その他	26.7	137

23. 対人支援専門職に共通して求められる能力（知識・技能）が従業員間に共有されることにより、これまでよりもスムーズに行えると思われる業務についてお伺いします。

23－1　これまでよりもスムーズに行えると思われる業務はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
①ある（23－2にお進みください。）	84.7	437
②ない（23－2は回答せず、次へお進みください。）	15.3	79

23－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。これまでよりもスムーズに行えると思われる業務は何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	437	437
①職種を超えたキャリア研修の充実	48.1	210

②人事配置の柔軟化	71.6	313
③多角的な事業展開(例:児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開)	29.5	129
④多職種連携の推進	67.7	296
⑤事業規模の拡大	18.3	80
⑥従業員間のタスクシェア(業務の共同化)の拡大	46.7	204
⑦従業員間のタスクシフト(業務の移管)の拡大	25.4	111
⑧その他	0.9	4

24. 対人支援専門職に共通して求められる能力(知識・技能)が従業員間に共有されないことによって生じている課題についてお伺いします。

24－1　法人において生じている何らかの課題はありますか。

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
①ある(24－2にお進みください。)	73.1	377
②ない(24－2は回答せず、次へお進みください。)	26.9	139

24－2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。法人において生じている課題は何ですか。

	全体(%)	全体(人)
N	377	377
①職種を超えたキャリア研修ができない	26.3	99
②人事配置の固定化	66.6	251
③多角的な事業展開が難しい(例:児童福祉事業から障害福祉事業等、他分野事業への展開)	25.2	95
④多職種連携の推進ができない	36.6	138
⑤事業規模の拡大ができない	20.7	78
⑥従業員間のタスクシェア(業務の共同化)が難しい	46.7	176
⑦従業員間のタスクシフト(業務の移管)が難しい	36.6	138
⑧その他	2.4	9

25. 今後の人口減少社会を見据えると、どの業界においても人材確保がより一層困難となることが想定されます。保健医療福祉業界で必要となる人材について、どちらのタイプの人材がより必要

25. どちらのタイプの人材がより必要になると思いますか。 A 対 B の形式でお答えください　タイプ①の人材

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0割	－	－
1割	1.0	5

2割	10.5	54
3割	35.1	181
4割	19.8	102
5割	18.4	95
6割	7.0	36
7割	5.4	28
8割	2.3	12
9割	0.6	3
10割	－	－
平　均	4.0	4
最小値	1.0	1
最大値	9.0	9

25. どちらのタイプの人材がより必要になると思いますか。 A 対 B の形式でお答えください　タイプ②の人材

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0割	－	－
1割	0.6	3
2割	2.3	12
3割	5.4	28
4割	7.0	36
5割	18.4	95
6割	19.8	102
7割	34.9	180
8割	10.7	55
9割	1.0	5
10割	－	－
平　均	6.0	6
最小値	1.0	1
最大値	9.0	9

25. どちらのタイプの人材がより必要になると思いますか。 A（タイプ①）対 B （タイプ②）の形式

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0対10	－	－
1対9	1.0	5

2対8	10.5	54
3対7	35.1	181
4対6	19.8	102
5対5	18.4	95
6対4	7.0	36
7対3	5.4	28
8対2	2.3	12
9対1	0.6	3
10対0	－	－

26. 正規職員の在籍者数、採用者（新規・中途）、離職者（総数・うち1年以内）は何人ですか。

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　在籍者数

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	1.2	6
1～4人	10.1	52
5～9人	9.5	49
10～19人	20.5	106
20～29人	16.5	85
30～39人	11.0	57
40～49人	6.4	33
50～99人	16.3	84
100～199人	6.6	34
200～299人	1.2	6
300～399人	0.4	2
400～499人	0.2	1
500～999人	0.2	1
1000人以上	－	－
平　均	40.9	41
最小値	－	－
最大値	557.0	557

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　採用者　（新規）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	57.8	298

1～4人	36.6	189
5～9人	4.1	21
10～19人	1.2	6
20～29人	0.2	1
30～39人	0.2	1
40～49人	－	－
50～99人	－	－
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	1.1	1
最小値	－	－
最大値	31.0	31

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　採用者　（中途）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	38.8	200
1～4人	43.2	223
5～9人	10.5	54
10～19人	5.8	30
20～29人	1.0	5
30～39人	0.6	3
40～49人	－	－
50～99人	0.2	1
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	2.7	3
最小値	－	－

最大値	72.0	72

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　離職者（総数）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	32.4	167
1～4人	49.0	253
5～9人	11.8	61
10～19人	4.3	22
20～29人	1.9	10
30～39人	−	−
40～49人	0.4	2
50～99人	0.2	1
100～199人	−	−
200～299人	−	−
300～399人	−	−
400～499人	−	−
500～999人	−	−
1000人以上	−	−
平　均	3.0	3
最小値	−	−
最大値	60.0	60

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　離職者　（そのうち、入職 1 年以内で離職した者）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	67.2	347
1～4人	29.3	151
5～9人	2.7	14
10～19人	0.8	4
20～29人	−	−
30～39人	−	−
40～49人	−	−
50～99人	−	−
100～199人	−	−
200～299人	−	−

300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	0.7	1
最小値	－	－
最大値	18.0	18

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　在籍者数

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	0.6	3
1～4人	1.9	10
5～9人	3.9	20
10～19人	13.0	67
20～29人	11.6	60
30～39人	10.1	52
40～49人	10.9	56
50～99人	21.5	111
100～199人	20.2	104
200～299人	3.3	17
300～399人	1.6	8
400～499人	0.6	3
500～999人	0.8	4
1000人以上	0.2	1
平　均	80.6	81
最小値	－	－
最大値	1,094.0	1,094

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　採用者　（新規）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	39.7	205
1～4人	40.3	208
5～9人	10.9	56
10～19人	6.4	33

20～29人	1.7	9
30～39人	0.6	3
40～49人	－	－
50～99人	0.4	2
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	3.2	3
最小値	－	－
最大値	56.0	56

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　採用者　（中途）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	29.1	150
1～4人	39.0	201
5～9人	15.9	82
10～19人	10.1	52
20～29人	2.9	15
30～39人	1.7	9
40～49人	0.6	3
50～99人	0.8	4
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	5.4	5
最小値	－	－
最大値	89.0	89

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　離職者（総数）

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	16.7	86
1～4人	41.5	214
5～9人	19.8	102
10～19人	14.7	76
20～29人	3.3	17
30～39人	2.5	13
40～49人	0.4	2
50～99人	1.0	5
100～199人	0.2	1
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	6.9	7
最小値	－	－
最大値	109.0	109

26. 正規職員の総数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　離職者　（そのうち、入職 1 年以内で離職した者）

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	49.6	256
1～4人	41.3	213
5～9人	7.6	39
10～19人	1.4	7
20～29人	－	－
30～39人	0.2	1
40～49人	－	－
50～99人	－	－
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－

1000人以上	−	−
平　均	1.4	1
最小値	−	−
最大値	31.0	31

27. 非正規職員の在籍者数、採用者(新規・中途)、離職者(総数・うち1年以内)は何人ですか。

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　在籍者数

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	14.5	75
1～4人	22.5	116
5～9人	18.8	97
10～19人	20.3	105
20～29人	7.9	41
30～39人	5.8	30
40～49人	2.9	15
50～99人	4.3	22
100～199人	2.5	13
200～299人	0.4	2
300～399人	−	−
400～499人	−	−
500～999人	−	−
1000人以上	−	−
平　均	16.5	16
最小値	−	−
最大値	230.0	230

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　採用者　(新規)

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	88.2	455
1～4人	10.9	56
5～9人	1.0	5
10～19人	−	−
20～29人	−	−
30～39人	−	−

40～49人	－	－
50～99人	－	－
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	0.2	0
最小値	－	－
最大値	9.0	9

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　採用者　（中途）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	45.0	232
1～4人	37.8	195
5～9人	8.5	44
10～19人	5.6	29
20～29人	2.3	12
30～39人	0.4	2
40～49人	－	－
50～99人	0.4	2
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	3.0	3
最小値	－	－
最大値	58.0	58

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　離職者　（総数）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516

0人	45.7	236
1～4人	37.2	192
5～9人	9.9	51
10～19人	4.8	25
20～29人	1.6	8
30～39人	0.2	1
40～49人	0.2	1
50～99人	0.4	2
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	2.8	3
最小値	－	－
最大値	75.0	75

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　男性　離職者　（そのうち、入職 1 年以内で離職した者）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	66.5	343
1～4人	27.9	144
5～9人	4.1	21
10～19人	1.6	8
20～29人	－	－
30～39人	－	－
40～49人	－	－
50～99人	－	－
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－

平　均	0.9	1
最小値	−	−
最大値	18.0	18

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　在籍者数

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	3.1	16
1～4人	4.8	25
5～9人	7.6	39
10～19人	16.3	84
20～29人	14.1	73
30～39人	8.9	46
40～49人	7.9	41
50～99人	20.9	108
100～199人	11.2	58
200～299人	1.9	10
300～399人	1.7	9
400～499人	0.2	1
500～999人	1.0	5
1000人以上	0.2	1
平　均	62.9	63
最小値	−	−
最大値	1,034.0	1,034

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　採用者　(新規)

	全体(%)	全体(人)
N	516	516
0人	79.8	412
1～4人	15.9	82
5～9人	2.1	11
10～19人	1.7	9
20～29人	−	−
30～39人	0.4	2
40～49人	−	−
50～99人	−	−

100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	0.8	1
最小値	－	－
最大値	38.0	38

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　採用者　（中途）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	22.5	116
1～4人	36.8	190
5～9人	16.5	85
10～19人	12.6	65
20～29人	5.0	26
30～39人	2.1	11
40～49人	1.4	7
50～99人	2.1	11
100～199人	1.0	5
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	8.6	9
最小値	－	－
最大値	156.0	156

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　離職者　（総数）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	25.0	129
1～4人	32.8	169

5～9人	15.7	81
10～19人	15.3	79
20～29人	6.2	32
30～39人	1.7	9
40～49人	1.2	6
50～99人	1.6	8
100～199人	0.6	3
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	8.3	8
最小値	－	－
最大値	128.0	128

27. 非正規職員の在籍者数、採用者、離職者は何人ですか。　女性　離職者　（そのうち、入職 1 年以内で離職した者）

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
0人	49.2	254
1～4人	35.1	181
5～9人	10.7	55
10～19人	3.7	19
20～29人	0.6	3
30～39人	0.2	1
40～49人	0.6	3
50～99人	－	－
100～199人	－	－
200～299人	－	－
300～399人	－	－
400～499人	－	－
500～999人	－	－
1000人以上	－	－
平　均	2.3	2
最小値	－	－

最大値	48.0	48

28. 従業員の給与は、地域の同じ業界の平均給与と比べてどの程度であると感じますか。

28. 平均給与と比べてどの程度であると感じますか。　正規職員

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
とても低い	1.4	7
やや低い	7.2	37
平均並み	44.0	227
やや高い	44.8	231
かなり高い	2.7	14
TOP2	8.5	44
BOTTOM2	47.5	245

28. 平均給与と比べてどの程度であると感じますか。　非正規職員

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
とても低い	1.2	6
やや低い	9.1	47
平均並み	63.2	326
やや高い	25.0	129
かなり高い	1.6	8
TOP2	10.3	53
BOTTOM2	26.6	137

29. 従業員の給与は、他業界も含めた地域の平均給与と比べてどの程度であると感じますか。

29. 他業界も含めた地域の平均給与と比べてどの程度　正規職員

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
とても低い	8.1	42
やや低い	36.0	186
平均並み	41.5	214
やや高い	13.6	70
かなり高い	0.8	4
TOP2	44.2	228
BOTTOM2	14.3	74

29. 他業界も含めた地域の平均給与と比べてどの程度　非正規職員

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
とても低い	6.4	33
やや低い	36.4	188
平均並み	45.5	235
やや高い	10.9	56
かなり高い	0.8	4
TOP2	42.8	221
BOTTOM2	11.6	60

従業員調査への同意

	全体（%）	全体（人）
N	516	516
同意しない	36.8	190
同意する	63.2	326

2）従業員調査

1．現在、あなたは保健医療福祉に関する資格を保有していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①保有している	69.3	1,275
②保有していない	30.7	565

2．現在、あなたが保有している保健医療福祉に関する資格は、どのような順番で取得しましたか。複数資格を保有されている方は、資格を取得した年月に基づいて、該当する資格を選択してください。

保有資格回答状況

	全体（%）	全体（人）
N	1275	1275
1番目あり	100.0	1,275
1番目と同時あり	17.8	227
2番目あり	38.4	489
2番目と同時あり	0.8	10
3番目あり	14.0	179
3番目と同時あり	0.5	6

4番目あり	3.5	45
4番目と同時あり	−	−
5番目あり	0.9	12
5番目と同時あり	−	−
6番目あり	0.4	5
6番目と同時あり	−	−
7番目あり	0.2	3
7番目と同時あり	−	−

2. 1番目

	全体(%)	全体(人)
N	1275	1275
①介護福祉士	40.5	517
②介護支援専門員(ケアマネジャー)	1.5	19
③訪問介護員(介護職員初任者研修を含む)	7.6	97
④社会福祉士	13.2	168
⑤精神保健福祉士	1.2	15
⑥公認心理師	0.2	2
⑦保育士	17.0	217
⑧幼稚園教諭	2.2	28
⑨管理栄養士	1.3	17
⑩栄養士	2.3	29
⑪看護師	5.6	72
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	0.4	5
⑮歯科医師	0.1	1
⑯歯科衛生士	0.4	5
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	0.1	1
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	0.1	1
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	0.1	1
23. 理学療法士	1.2	15
24. 作業療法士	0.5	6

25. 言語聴覚士	0.2	3
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	0.1	1
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	0.3	4
32. その他	4.0	51

同時取得（1番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	12.3	227
同時取得なし	87.7	1,613

2. 1番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	227	227
①介護福祉士	4.0	9
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	4.8	11
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	1.8	4
④社会福祉士	4.0	9
⑤精神保健福祉士	8.4	19
⑥公認心理師	−	−
⑦保育士	6.6	15
⑧幼稚園教諭	58.1	132
⑨管理栄養士	0.9	2
⑩栄養士	1.8	4
⑪看護師	−	−
⑫保健師	2.6	6
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−

⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	7.0	16

２．２番目

	全体（%）	全体（人）
N	489	489
①介護福祉士	24.9	122
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	33.7	165
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	5.1	25
④社会福祉士	11.7	57
⑤精神保健福祉士	2.9	14
⑥公認心理師	1.2	6
⑦保育士	4.3	21
⑧幼稚園教諭	3.9	19
⑨管理栄養士	2.2	11
⑩栄養士	0.2	1
⑪看護師	0.4	2
⑫保健師	0.4	2
⑬助産師	0.2	1
⑭医師	0.2	1
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−

⑲救命救急士	0.2	1
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	0.2	1
23. 理学療法士	0.2	1
24. 作業療法士	0.2	1
25. 言語聴覚士	0.2	1
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	7.6	37

同時取得（2番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	0.5	10
同時取得なし	99.5	1,830

2. 2番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	10	10
①介護福祉士	−	−
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	10.0	1
⑤精神保健福祉士	10.0	1
⑥公認心理師	−	−
⑦保育士	20.0	2
⑧幼稚園教諭	10.0	1
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	10.0	1

⑬助産師	－	－
⑭医師	－	－
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	－	－
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	－	－
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	－	－
24. 作業療法士	－	－
25. 言語聴覚士	－	－
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	－	－
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	－	－
32. その他	40.0	4

２．３番目

	全体（%）	全体（人）
N	179	179
①介護福祉士	10.6	19
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	36.9	66
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	5.6	10
④社会福祉士	17.9	32
⑤精神保健福祉士	7.3	13
⑥公認心理師	3.9	7
⑦保育士	2.8	5
⑧幼稚園教諭	2.8	5
⑨管理栄養士	－	－
⑩栄養士	－	－
⑪看護師	1.1	2
⑫保健師	1.1	2

⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	10.1	18

同時取得（3番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	0.3	6
同時取得なし	99.7	1,834

2. 3番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	6	6
①介護福祉士	16.7	1
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	−	−
⑤精神保健福祉士	−	−
⑥公認心理師	−	−

⑦保育士	16.7	1
⑧幼稚園教諭	16.7	1
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	16.7	1
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	33.3	2

2. 4番目

	全体(%)	全体(人)
N	45	45
①介護福祉士	11.1	5
②介護支援専門員(ケアマネジャー)	26.7	12
③訪問介護員(介護職員初任者研修を含む)	−	−
④社会福祉士	11.1	5
⑤精神保健福祉士	20.0	9
⑥公認心理師	8.9	4

⑦保育士	−	−
⑧幼稚園教諭	2.2	1
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	20.0	9

同時取得（4番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	−	−
同時取得なし	100.0	1,840

2. 4番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	0	0

①介護福祉士	－	－
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	－	－
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	－	－
④社会福祉士	－	－
⑤精神保健福祉士	－	－
⑥公認心理師	－	－
⑦保育士	－	－
⑧幼稚園教諭	－	－
⑨管理栄養士	－	－
⑩栄養士	－	－
⑪看護師	－	－
⑫保健師	－	－
⑬助産師	－	－
⑭医師	－	－
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	－	－
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	－	－
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	－	－
24. 作業療法士	－	－
25. 言語聴覚士	－	－
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	－	－
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	－	－
32. その他	－	－

２．５番目

	全体（%）	全体（人）
N	12	12

①介護福祉士	8.3	1
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	16.7	2
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	8.3	1
⑤精神保健福祉士	8.3	1
⑥公認心理師	8.3	1
⑦保育士	8.3	1
⑧幼稚園教諭	−	−
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	41.7	5

同時取得（5番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840

同時取得あり	−	−
同時取得なし	100.0	1,840

2. 5番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	0	0
①介護福祉士	−	−
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	−	−
⑤精神保健福祉士	−	−
⑥公認心理師	−	−
⑦保育士	−	−
⑧幼稚園教諭	−	−
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−

31. 柔道整復師	−	−
32. その他	−	−

2. 6番目

	全体（%）	全体（人）
N	5	5
①介護福祉士	−	−
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	−	−
⑤精神保健福祉士	40.0	2
⑥公認心理師	40.0	2
⑦保育士	−	−
⑧幼稚園教諭	−	−
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−

31. 柔道整復師	−	−
32. その他	20.0	1

同時取得（6番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	−	−
同時取得なし	100.0	1,840

2. 6番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	0	0
①介護福祉士	−	−
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	−	−
⑤精神保健福祉士	−	−
⑥公認心理師	−	−
⑦保育士	−	−
⑧幼稚園教諭	−	−
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−
⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−

25. 言語聴覚士	－	－
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	－	－
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	－	－
32. その他	－	－

2. 7番目

	全体（%）	全体（人）
N	3	3
①介護福祉士	－	－
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	33.3	1
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	－	－
④社会福祉士	－	－
⑤精神保健福祉士	－	－
⑥公認心理師	33.3	1
⑦保育士	－	－
⑧幼稚園教諭	－	－
⑨管理栄養士	－	－
⑩栄養士	－	－
⑪看護師	－	－
⑫保健師	－	－
⑬助産師	－	－
⑭医師	－	－
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	－	－
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	－	－
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	－	－
24. 作業療法士	－	－

25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	33.3	1

同時取得（7番目）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
同時取得あり	−	−
同時取得なし	100.0	1,840

2. 7番目同時

	全体（%）	全体（人）
N	0	0
①介護福祉士	−	−
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	−	−
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	−	−
④社会福祉士	−	−
⑤精神保健福祉士	−	−
⑥公認心理師	−	−
⑦保育士	−	−
⑧幼稚園教諭	−	−
⑨管理栄養士	−	−
⑩栄養士	−	−
⑪看護師	−	−
⑫保健師	−	−
⑬助産師	−	−
⑭医師	−	−
⑮歯科医師	−	−
⑯歯科衛生士	−	−
⑰歯科技工士	−	−
⑱薬剤師	−	−

⑲救命救急士	−	−
⑳臨床検査技師	−	−
21. 診療放射線技師	−	−
22. 臨床工学技士	−	−
23. 理学療法士	−	−
24. 作業療法士	−	−
25. 言語聴覚士	−	−
26. 視能訓練士	−	−
27. 義肢装具士	−	−
28. あん摩マッサージ指圧師	−	−
29. はり師	−	−
30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	−	−
32. その他	−	−

4．保健医療福祉に関する資格を複数取得した理由についてお伺いします。

4-1　資格を複数取得した理由はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	659	659
①ある（4－2にお進みください。）	84.2	555
②特にない（4－2は回答せず、次へお進みください。）	15.8	104

4-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を複数取得した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	555	555
①職種の転換のため	17.5	97
②業務の幅を広げるため	69.4	385
③知識・技能の向上のため	73.3	407
④他の専門職との連携をスムーズにするため	20.4	113
⑤知的好奇心	18.2	101
⑥職場が推奨しているため	20.0	111
⑦職場からの経済的支援があるため	5.9	33
⑧雇用形態の転換のため（非正規から正規）	2.2	12
⑨昇進・昇格のため	11.5	64
⑩給与上昇のため	13.3	74
⑪将来の転職に必要なため	13.9	77

⑫心身の体調の変化	1.8	10
⑬家庭の事情	2.5	14
⑭働き方を変えるため	7.4	41
⑮学校・養成施設で複数取得できたため	21.8	121
⑯その他	2.3	13

５．保健医療福祉に関する資格を複数取得したことによるあなたの心境の変化についてお伺いします。

5-1　あなたの心境に変化はありましたか。

	全体（%）	全体（人）
N	659	659
①変化があった（５－２にお進みください。）	61.5	405
②特に変化はなかった（５－２は回答せず、次へお進みください。）	38.5	254

5-2　上記で「①変化があった」と答えた方にお聞きします。あなたの心境にどのような変化がありましたか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	405	405
①他職種との考え方の違いが分かり、自分の業務に対する理解がより深まった	68.9	279
②他職種と比較した自職種の強みが分かるようになった	40.0	162
③現在の職種で就業を継続したい気持ちが強くなった	29.6	120
④新たに取得した資格を活用するために転職を考えるようになった	13.3	54
⑤その他	5.7	23

６．保健医療福祉に関する資格を複数取得したことによるあなたの処遇や働き方の変化についてお伺いします。

6-1　あなたの処遇や働き方に変化はありましたか。

	全体（%）	全体（人）
N	659	659
①変化があった（６－２にお進みください。）	52.2	344
②特に変化はなかった（６－２は回答せず、次へお進みください。）	47.8	315

6-2　上記で「①変化があった」と答えた方にお聞きします。あなたの処遇や働き方にどのような変化がありましたか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	344	344
①昇進・昇格した	26.5	91
②他の専門職との連携がスムーズになった	32.8	113
③雇用形態が転換した（非正規から正規）	4.9	17

④給与が上昇した	48.8	168
⑤資格を活かすことができる部署・担当に異動した	34.9	120
⑥同じ職種で担当可能な業務の幅が広がった	36.6	126
⑦職場で表彰された	2.3	8
⑧周囲からの評価が高まった	17.7	61
⑨転職した	13.4	46
⑩独立・開業した	0.6	2
⑪職場外のネットワークが広がった	12.5	43
⑫その他	3.8	13

7．最初に取得した保健医療福祉に関する資格の取得方法を教えてください。

	全体（%）	全体（人）
N	1275	1275
①学校・養成施設在学中あるいは卒業直後に取得	52.1	664
②働きながら資格を取得	43.8	559
③それまでの仕事を辞めて勉強に専念し、資格を取得	1.6	20
④求職活動をしながら資格を取得	1.7	22
⑤その他	0.8	10

3．現在、保健医療福祉に関する資格を保有していない理由についてお伺いします。

3-1.保有していない理由はありますか？

	全体（%）	全体（人）
N	565	565
①ある（3－2にお進みください。）	16.8	95
②特にない（3－2は回答せず、次へお進みください。）	83.2	470

3-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を保有していない理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	95	95
①入職時の条件ではなかったから	46.3	44
②法人から資格取得を求められたことがないから	17.9	17
③業務に当たって資格が必要ではないから	36.8	35
④資格取得のメリットを特に感じないから	12.6	12
⑤資格取得に費用がかかるから	22.1	21
⑥資格取得の時間がないから	33.7	32
⑦その他	25.3	24

8．将来、新たに取得したいと考えている保健医療福祉に関する資格はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①ある	37.9	698
②ない	62.1	1,142

9．将来、新たに取得したいと考えている保健医療福祉に関する資格は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	698	698
①介護福祉士	21.6	151
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	30.8	215
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	2.1	15
④社会福祉士	40.8	285
⑤精神保健福祉士	24.5	171
⑥公認心理師	12.0	84
⑦保育士	7.0	49
⑧幼稚園教諭	1.9	13
⑨管理栄養士	1.3	9
⑩栄養士	1.0	7
⑪看護師	3.0	21
⑫保健師	0.9	6
⑬助産師	0.4	3
⑭医師	0.9	6
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	－	－
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	－	－
⑲救命救急士	0.7	5
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	1.9	13
24. 作業療法士	2.3	16
25. 言語聴覚士	1.6	11
26. 視能訓練士	0.1	1
27. 義肢装具士	0.3	2
28. あん摩マッサージ指圧師	1.0	7

29. はり師	0.4	3
30. きゅう師	0.6	4
31. 柔道整復師	1.0	7

10. 将来、保健医療福祉に関する資格を新たに取得したい理由についてお伺いします。

10-1　資格を新たに取得したい理由はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	698	698
①ある（10－2にお進みください。）	92.6	646
②特にない（10－2は回答せず、次へお進みください。）	7.4	52

10-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を新たに取得したい理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	646	646
①職種の転換のため	16.3	105
②業務の幅を広げるため	69.3	448
③知識・技能の向上のため	80.0	517
④他の専門職との連携をスムーズにするため	24.6	159
⑤知的好奇心	26.6	172
⑥職場が推奨しているため	11.1	72
⑦職場からの経済的支援があるため	4.6	30
⑧雇用形態の転換のため（非正規から正規）	0.8	5
⑨昇進・昇格のため	8.0	52
⑩給与上昇のため	17.0	110
⑪将来の転職に必要なため	10.5	68
⑫心身の体調の変化	1.5	10
⑬家庭の事情	2.5	16
⑭働き方を変えるため	9.8	63
⑮学校・養成施設で複数取得できるため	0.5	3
⑯その他	2.2	14

11. 将来、保健医療福祉に関する資格を新たに取得するうえでの課題についてお伺いします。

11-1　資格を新たに取得するうえでの課題はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	698	698
①ある（11－2にお進みください。）	82.7	577
②特に課題なし（11－2は回答せず、次へお進みください。）	17.3	121

11-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。資格を新たに取得するうえでの課題は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	577	577
①学校・養成施設の学費や教材費等のお金がかかる	48.2	278
②学校・養成施設を卒業するまでに時間がかかる	34.8	201
③近くに適当な学校・養成施設がない	13.0	75
④学校・養成施設の入学試験の難易度が高い	2.6	15
⑤資格取得の難易度が高い（資格試験の合格率等）	34.7	200
⑥学校・養成施設の実習のために仕事を休む必要がある	19.1	110
⑦仕事が忙しくて勉強する時間がない	55.5	320
⑧仕事と家庭（育児・介護等）との両立が難しい	39.5	228
⑨資格を取得しても活かせる仕事があるかわからない	8.1	47
⑩資格を取得しても給与が上がらない	23.4	135
⑪資格取得に対する職場の支援が少ない	10.9	63
⑫家族や周囲の理解・協力が少ない	2.9	17
⑬資格を取得しても自分の業務が増えるだけで、メリットが少ない	6.4	37
⑭資格取得に対して、同僚から好意的に思われない	0.9	5
⑮その他	2.1	12

12. あなたの職場では、保健医療福祉に関する資格の保有数が増えると、給与等の処遇（基本給や手当等）が上がる仕組みになっていますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①はい	34.3	632
②いいえ	31.0	571
③わからない	34.6	637

13. 保健医療福祉に関する資格の保有は、あなたの業務の質を保証するものとして重要であると思いますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①とても思う	41.0	754
②少し思う	43.2	794
③あまり思わない	13.8	254
④全く思わない	2.1	38
TOP2	84.1	1,548
BOTTOM2	15.9	292

14. 現在の仕事をしている中で、同じ職場に保健医療福祉に関する資格を複数取得している人が必要だと思ったことはありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①ある	66.1	1,216
②ない	33.9	624

15. あなたが理想的と考える姿について、「1つの専門性を～人材」を「0」、「多様なアプローチから～人材」を「10」とすると、どの辺りにあると思いますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
0:1つの専門性を深めて特定領域の課題を解決する人材	1.5	27
1	1.0	18
2	2.4	45
3	6.8	125
4	4.5	83
5	33.9	623
6	9.3	172
7	15.5	286
8	14.0	258
9	1.4	25
10: 多様なアプローチから複合的な課題を総合的に解決する人材	9.7	178
TOP2	2.4	45
BOTTOM2	11.0	203

16. あなたはこれまでに何回離職したことがありますか。（離職した業界や離職の理由は問いません）

16. 離職回数

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
0回	38.9	716
1回	19.1	352
2回	14.8	273
3回	12.7	233
4回	6.5	119
5回	4.7	86
6回	1.3	24

7回	0.9	17
8回	0.3	6
9回	0.3	5
10回以上	0.5	9
平　均	1.6	2
最小値	－	－
最大値	13.0	13

問 16 複数チェック

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
0 回	39.2	722
1 回以上	60.8	1,118

17. 直近であなたが離職した理由は何ですか。（複数選択可）

17-1-1　離職した理由は過去の職場環境に関するものですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－1－2にお進みください。）	42.6	476
②いいえ（17－1－2は回答せず、次へお進みください。）	57.4	642

17-1-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	476	476
①専門性が発揮できなかった	13.0	62
②自分が成長している実感がなかった	29.6	141
③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されなかった	10.5	50
④キャリアアップの機会がなかった	22.5	107
⑤目標にしたい先輩・同僚がいなかった	26.5	126
⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好でなかった	53.2	253
⑦その他	24.2	115

17-2-1　離職した理由は過去の仕事に関するものですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－2－2にお進みください。）	33.5	374
②いいえ（17－2－2は回答せず、次へお進みください。）	66.5	744

17-2-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	374	374
①利用者の援助・支援や生活改善につながらなかった	10.4	39
②仕事が楽しくなかった	39.0	146
③社会に貢献できないと感じた	5.9	22
④業務量が多くて余裕がなかった	39.6	148
⑤取得した保健医療福祉に関する資格が活かせなかった	9.1	34
⑥仕事にやりがいを感じなかった	38.8	145
⑦その他	16.6	62

17-3-1　離職した理由は過去の処遇に関するものですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－3－2にお進みください。）	31.9	357
②いいえ（17－3－2は回答せず、次へお進みください。）	68.1	761

17-3-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	357	357
①残業や休日出勤が多かった	40.3	144
②福利厚生が充実していなかった	28.3	101
③給与水準が低かった	63.6	227
④性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がなかった	13.4	48
⑤その他	12.3	44

17-4-1　離職した理由はワーク・ライフバランスに関するものですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－4－2にお進みください。）	31.2	349
②いいえ（17－4－2は回答せず、次へお進みください。）	68.8	769

17-4-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	349	349
①仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がなかった	42.4	148
②家庭の事情で継続できなかった	29.8	104

③従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がなかった	39.5	138
④その他	6.3	22

17-5-1　離職した理由は転職先に関するものですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－5－2にお進みください。）	24.9	278
②いいえ（17－5－2は回答せず、次へお進みください。）	75.1	840

17-5-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	278	278
①法人から転職の誘いがあった	36.0	100
②業務改善や新しいことにチャレンジする環境があった	31.3	87
③経験やネットワークを活かせた	14.7	41
④社会に貢献したかった	20.5	57
⑤給与水準が良かった	20.1	56
⑥義理・恩返しの気持ちがあった	11.2	31
⑦その他	11.9	33

17-6-1　離職したその他の理由はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①はい（17－6－2にお進みください。）	39.5	442
②いいえ（17－6－2は回答せず、次へお進みください。）	60.5	676

17-6-2　上記で「①はい」と答えた方にお聞きします。離職した理由は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	442	442
①保健医療福祉に関する新たな資格を取得するため	7.5	33
②転職活動を行うため	16.1	71
③心身の体調に変化があったため	29.0	128
④結婚したため	18.6	82
⑤転居したため	18.1	80
⑥その他	23.1	102

18. ひとつ前の職場での勤続年数はおおよそ何年ですか。（小数点以下は切り捨て）

18. ひとつ前の職場での勤続年数

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
1年未満	2.5	28
1年	16.3	182
2年	11.9	133
3年	15.1	169
4年	7.7	86
5年	11.9	133
6年	4.1	46
7年	5.5	62
8年	3.4	38
9年	1.7	19
10年	6.4	71
11～15年	6.7	75
16～20年	3.4	38
21～25年	1.6	18
26～30年	0.5	6
30年以上	1.3	14
平　均	6.0	6
最小値	－	－
最大値	43.0	43

19. ひとつ前の職場での職業は何ですか。保健医療福祉業界で勤務されていた方は職種を、他業界で勤務されていた方は業種をお答えください。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①介護職	15.5	173
②福祉職（高齢者関係）	6.5	73
③福祉職（子ども関係）	9.6	107
④福祉職（障害者関係）	7.1	79
⑤福祉職（その他）	1.3	15
⑥看護職	5.7	64
⑦医療職	3.6	40
⑧保健職	0.2	2
⑨事務職（管理職を含む）	4.6	51

①農業、林業、漁業	0.4	4
②鉱業、採石業、砂利採取業	0.1	1
③建設業	2.1	23
④製造業	7.9	88
⑤電気・ガス・熱供給・水道業	0.8	9
⑥情報通信業	1.1	12
⑦運輸業、郵便業	1.3	15
⑧卸売業、小売業	6.2	69
⑨金融業、保険業	2.4	27
⑩不動産業、物品賃貸業	0.4	5
⑪学術研究、専門・技術サービス業	0.9	10
⑫宿泊業、飲食サービス業	4.2	47
⑬生活関連サービス業、娯楽業	1.7	19
⑭教育、学習支援業	3.0	33
⑮複合サービス事業（郵便局、協同組合）	0.2	2
⑯その他のサービス業	11.2	125
⑰公務	2.2	25

20. ひとつ前の職場で在職中に保有していた保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

20-1 ひとつ前の職場で保有していた資格はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①ある（20－2にお進みください。	46.6	521
②特になし（20－2は回答せず、次へお進みください。）	53.4	597

20-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。保有していた資格は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	521	521
①介護福祉士	32.6	170
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	12.3	64
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	9.8	51
④社会福祉士	10.4	54
⑤精神保健福祉士	2.1	11
⑥公認心理師	－	－
⑦保育士	24.4	127
⑧幼稚園教諭	16.1	84

⑨管理栄養士	2.5	13
⑩栄養士	5.0	26
⑪看護師	11.7	61
⑫保健師	1.5	8
⑬助産師	－	－
⑭医師	－	－
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	0.8	4
⑰歯科技工士	0.2	1
⑱薬剤師	0.2	1
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	0.4	2
23. 理学療法士	1.9	10
24. 作業療法士	0.6	3
25. 言語聴覚士	0.6	3
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	0.2	1
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	0.6	3
32. 該当する資格なし	9.4	49

21. ひとつ前の職場で勤務のために活用していた保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

21-1 ひとつ前の職場で活用していた資格はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1118	1118
①ある（21－2にお進みください。）	39.3	439
②特になし（21－2は回答せず、次へお進みください。）	60.7	679

21-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用していた資格は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	439	439
①介護福祉士	32.6	143

②介護支援専門員（ケアマネジャー）	8.9	39
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	7.7	34
④社会福祉士	5.2	23
⑤精神保健福祉士	1.4	6
⑥公認心理師	－	－
⑦保育士	20.3	89
⑧幼稚園教諭	10.0	44
⑨管理栄養士	2.5	11
⑩栄養士	5.0	22
⑪看護師	13.4	59
⑫保健師	0.9	4
⑬助産師	－	－
⑭医師	－	－
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	0.9	4
⑰歯科技工士	0.2	1
⑱薬剤師	0.2	1
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	0.5	2
23. 理学療法士	2.1	9
24. 作業療法士	0.7	3
25. 言語聴覚士	0.5	2
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	0.2	1
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	0.7	3
32. 該当する資格なし	5.7	25

22. 現在の職場での勤続年数はおおよそ何年ですか。（小数点以下は切り捨て）

22. 現在の職場での勤続年数

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840

1年未満	2.3	42
1年	8.0	148
2年	6.6	121
3年	7.2	133
4年	6.4	117
5年	6.7	124
6年	4.6	84
7年	4.6	84
8年	4.1	76
9年	3.5	65
10年	6.4	117
11～15年	14.9	275
16～20年	11.9	219
21～25年	7.6	139
26～30年	3.4	63
30年以上	1.8	33
平　均	10.4	10
最小値	－	－
最大値	40.0	40

23. 現在の職場での職種は何ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①介護職	22.0	404
②福祉職（高齢者関係）	9.1	167
③福祉職（子ども関係）	15.7	289
④福祉職（障害者関係）	29.3	540
⑤福祉職（その他）	2.3	43
⑥看護職	3.8	70
⑦医療職	1.6	29
⑧保健職	0.1	1
⑨事務職（管理職を含む）	16.1	297

24. 現在の職場で勤務のために活用している保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

24-1　現在の職場で活用している資格はありますか。

	全体（%）	全体（人）

N	1840	1840
①ある（24－2にお進みください。）	63.2	1,162
②特になし（24－2は回答せず、次へお進みください。）	36.8	678

24-2 上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用している資格は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	1162	1162
①介護福祉士	46.1	536
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	13.3	154
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	5.3	62
④社会福祉士	16.7	194
⑤精神保健福祉士	3.8	44
⑥公認心理師	1.4	16
⑦保育士	20.1	233
⑧幼稚園教諭	11.9	138
⑨管理栄養士	3.0	35
⑩栄養士	1.7	20
⑪看護師	6.4	74
⑫保健師	0.5	6
⑬助産師	0.1	1
⑭医師	0.5	6
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	0.2	2
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	0.1	1
⑲救命救急士	0.1	1
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	1.5	17
24. 作業療法士	0.7	8
25. 言語聴覚士	0.3	4
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩マッサージ指圧師	0.1	1
29. はり師	－	－

30. きゅう師	−	−
31. 柔道整復師	0.2	2
32. 該当する資格なし	4.0	47

25. 将来、転職をする意向はありますか。

25. 将来の転職意向計

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①大いにある	12.8	236
②少しある	27.0	497
③あまりない	36.0	662
④全くない	19.0	350
⑤転職はせず、離職する	5.2	95
TOP2BOX	39.8	733
BOTTOM2BOX	55.0	1,012
転職はせず、離職する	5.2	95

26. 将来の転職あるいは離職はおおよそ何年後を予定していますか。（小数点以下は切り捨て）

26. 将来の転職あるいは離職はおおよそ何年後を予定していますか。

	全体（%）	全体（人）
N	828	828
１年未満	3.7	31
１年後	21.3	176
２年後	16.9	140
３年後	17.6	146
４年後	2.9	24
５年後	22.0	182
６～１０年後	12.7	105
１０年以上後	2.9	24
平　均	4.0	4
最小値	−	−
最大値	40.0	40

27. 将来、希望する職業は何ですか。保健医療福祉業界での勤務を希望する方は職種を、他業界での勤務を希望する方は業種をお答えください。

	全体（%）	全体（人）
N	733	733

①介護職	11.2	82
②福祉職（高齢者関係）	7.6	56
③福祉職（子ども関係）	9.8	72
④福祉職（障害者関係）	10.8	79
⑤福祉職（その他）	6.8	50
⑥看護職	3.5	26
⑦医療職	2.2	16
⑧保健職	0.3	2
⑨事務職（管理職を含む）	8.0	59
①農業、林業、漁業	2.3	17
②鉱業、採石業、砂利採取業	0.1	1
③建設業	0.3	2
④製造業	1.5	11
⑤電気・ガス・熱供給・水道業	0.1	1
⑥情報通信業	1.0	7
⑦運輸業、郵便業	1.2	9
⑧卸売業、小売業	0.8	6
⑨金融業、保険業	0.8	6
⑩不動産業、物品賃貸業	0.3	2
⑪学術研究、専門・技術サービス業	1.2	9
⑫宿泊業、飲食サービス業	2.7	20
⑬生活関連サービス業、娯楽業	2.7	20
⑭教育、学習支援業	3.4	25
⑮複合サービス事業（郵便局、協同組合）	0.1	1
⑯その他のサービス業	18.4	135
⑰公務	2.6	19

27. 将来、希望する職業は何ですか。保健医療福祉業界での勤務を希望する方は職種を、他業界での勤務を希望する方は業種をお答えください。

	全体（%）	全体（人）
N	733	733
保健医療福祉業界	60.3	442
他業界	39.7	291

28. 将来の職場で勤務のために活用する予定の保健医療福祉に関する資格についてお伺いします。

28-1　将来の職場で活用する予定の資格はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①ある（28－2にお進みください。）	33.5	616
②特になし（28－2は回答せず、次へお進みください。）	66.5	1,224

28-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。活用する予定の資格は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	616	616
①介護福祉士	40.3	248
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	18.7	115
③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	4.5	28
④社会福祉士	27.3	168
⑤精神保健福祉士	8.8	54
⑥公認心理師	3.2	20
⑦保育士	13.6	84
⑧幼稚園教諭	8.4	52
⑨管理栄養士	1.6	10
⑩栄養士	1.6	10
⑪看護師	6.7	41
⑫保健師	0.5	3
⑬助産師	0.2	1
⑭医師	0.3	2
⑮歯科医師	－	－
⑯歯科衛生士	0.2	1
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	0.2	1
⑲救命救急士	－	－
⑳臨床検査技師	－	－
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	－	－
23. 理学療法士	1.1	7
24. 作業療法士	1.0	6
25. 言語聴覚士	0.5	3
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	0.2	1
28. あん摩マッサージ指圧師	0.3	2

29. はり師	0.3	2
30. きゅう師	0.3	2
31. 柔道整復師	0.3	2
32. 該当する資格なし	5.2	32

29. あなたが業務を行う上で多職種連携が必要となる場面はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①しばしばある	65.1	1,198
②少しある	25.5	470
③あまりない	7.9	146
④全くない	1.4	26
TOP2	90.7	1,668
BOTTOM2	9.3	172

30. あなたが主として働いている施設・事業所はどの都道府県にありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
北海道	4.1	75
青森県	0.5	10
岩手県	0.1	2
宮城県	1.6	30
秋田県	2.1	38
山形県	0.1	2
福島県	0.7	13
茨城県	4.2	77
栃木県	1.1	20
群馬県	1.3	23
埼玉県	1.8	34
千葉県	0.6	11
東京都	2.9	53
神奈川県	1.4	25
新潟県	2.5	46
富山県	0.1	1
石川県	5.4	100
福井県	0.1	1

山梨県	0.1	2
長野県	0.1	2
岐阜県	0.1	2
静岡県	2.4	45
愛知県	−	−
三重県	0.4	7
滋賀県	0.2	4
京都府	24.3	448
大阪府	5.9	108
兵庫県	2.2	41
奈良県	4.0	73
和歌山県	0.5	10
鳥取県	4.9	91
島根県	1.6	30
岡山県	0.3	5
広島県	13.7	252
山口県	1.6	29
徳島県	0.7	13
香川県	0.4	7
愛媛県	1.0	19
高知県	0.1	2
福岡県	2.2	41
佐賀県	0.8	15
長崎県	0.3	6
熊本県	0.2	4
大分県	0.3	5
宮崎県	0.3	5
鹿児島県	0.2	4
沖縄県	0.5	9

30. あなたが主として働いている施設・事業所のエリア

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
北海道	4.1	75
東北地方	5.2	95
関東地方	13.2	243

中部地方	10.8	199
近畿地方	37.6	691
中国地方	22.1	407
四国地方	2.2	41
九州地方	4.8	89

31. あなたは現在の職場環境についてどのように感じていますか。

【TOPBOX】31. 職場環境についてどのように感じていますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①専門性が発揮できる	35.3	650
②自分が成長している実感がある	22.9	421
③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されている	20.9	384
④キャリアアップの機会がある	21.5	396
⑤目標にしたい先輩・同僚がいる	24.1	443
⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好である	31.0	571
⑦利用者の援助・支援や生活改善につながる	30.3	557
⑧仕事が楽しい	18.5	341
⑨社会に貢献できると感じる	26.4	486
⑩業務量が適度で余裕がある	8.2	151
⑪取得した保健医療福祉に関する資格が活かせる	23.0	423
⑫仕事にやりがいを感じる	24.6	453
⑬残業や休日出勤が少ない	27.4	504
⑭福利厚生が充実している	22.0	405
⑮給与水準が高い	9.6	177
⑯性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がある	25.7	473
⑰仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がある	26.1	480
⑱従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある	20.7	380
⑲業務改善や新しいことにチャレンジする環境がある	18.9	348

【TOP 2BOX 】31. 職場環境についてどのように感じていますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①専門性が発揮できる	82.2	1,512
②自分が成長している実感がある	79.6	1,465
③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されている	70.3	1,294

④キャリアアップの機会がある	65.7	1,208
⑤目標にしたい先輩・同僚がいる	65.8	1,211
⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好である	79.6	1,465
⑦利用者の援助・支援や生活改善につながる	86.4	1,590
⑧仕事が楽しい	68.6	1,263
⑨社会に貢献できると感じる	80.3	1,478
⑩業務量が適度で余裕がある	43.3	796
⑪取得した保健医療福祉に関する資格が活かせる	66.4	1,222
⑫仕事にやりがいを感じる	75.9	1,397
⑬残業や休日出勤が少ない	61.2	1,126
⑭福利厚生が充実している	66.3	1,220
⑮給与水準が高い	44.0	810
⑯性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がある	70.6	1,299
⑰仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がある	74.5	1,371
⑱従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある	68.3	1,256
⑲業務改善や新しいことにチャレンジする環境がある	67.3	1,238

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ①専門性が発揮できる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	35.3	650
少し思う	46.8	862
あまり思わない	15.1	278
全く思わない	2.7	50
TOP2	82.2	1,512
BOTTOM2	17.8	328

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ②自分が成長している実感がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	22.9	421
少し思う	56.7	1,044
あまり思わない	17.1	315
全く思わない	3.3	60
TOP2	79.6	1,465
BOTTOM2	20.4	375

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ③教育訓練・能力開発の機会が多く提供されている

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	20.9	384
少し思う	49.5	910
あまり思わない	25.1	462
全く思わない	4.6	84
TOP2	70.3	1,294
BOTTOM2	29.7	546

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ④キャリアアップの機会がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	21.5	396
少し思う	44.1	812
あまり思わない	27.4	505
全く思わない	6.9	127
TOP2	65.7	1,208
BOTTOM2	34.3	632

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑤目標にしたい先輩・同僚がいる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	24.1	443
少し思う	41.7	768
あまり思わない	25.3	465
全く思わない	8.9	164
TOP2	65.8	1,211
BOTTOM2	34.2	629

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑥職場の人間関係・コミュニケーションが良好である

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	31.0	571
少し思う	48.6	894
あまり思わない	16.4	301
全く思わない	4.0	74

TOP2	79.6	1,465
BOTTOM2	20.4	375

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑦利用者の援助・支援や生活改善につながる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	30.3	557
少し思う	56.1	1,033
あまり思わない	11.3	208
全く思わない	2.3	42
TOP2	86.4	1,590
BOTTOM2	13.6	250

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑧仕事が楽しい

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	18.5	341
少し思う	50.1	922
あまり思わない	24.2	445
全く思わない	7.2	132
TOP2	68.6	1,263
BOTTOM2	31.4	577

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑨社会に貢献できると感じる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	26.4	486
少し思う	53.9	992
あまり思わない	16.3	299
全く思わない	3.4	63
TOP2	80.3	1,478
BOTTOM2	19.7	362

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑩業務量が適度で余裕がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	8.2	151
少し思う	35.1	645

あまり思わない	38.2	703
全く思わない	18.5	341
TOP2	43.3	796
BOTTOM2	56.7	1,044

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑪取得した保健医療福祉に関する資格が活かせる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	23.0	423
少し思う	43.4	799
あまり思わない	22.7	418
全く思わない	10.9	200
TOP2	66.4	1,222
BOTTOM2	33.6	618

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑫仕事にやりがいを感じる

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	24.6	453
少し思う	51.3	944
あまり思わない	18.2	335
全く思わない	5.9	108
TOP2	75.9	1,397
BOTTOM2	24.1	443

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑬残業や休日出勤が少ない

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	27.4	504
少し思う	33.8	622
あまり思わない	25.8	474
全く思わない	13.0	240
TOP2	61.2	1,126
BOTTOM2	38.8	714

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑭福利厚生が充実している

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840

とても思う	22.0	405
少し思う	44.3	815
あまり思わない	27.3	502
全く思わない	6.4	118
TOP2	66.3	1,220
BOTTOM2	33.7	620

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑮給与水準が高い

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	9.6	177
少し思う	34.4	633
あまり思わない	38.8	714
全く思わない	17.2	316
TOP2	44.0	810
BOTTOM2	56.0	1,030

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑯性別に関係なく昇進・昇格できる雰囲気がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	25.7	473
少し思う	44.9	826
あまり思わない	22.7	417
全く思わない	6.7	124
TOP2	70.6	1,299
BOTTOM2	29.4	541

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑰仕事と家庭（育児・介護等）の両立を支援する環境がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	26.1	480
少し思う	48.4	891
あまり思わない	21.2	390
全く思わない	4.3	79
TOP2	74.5	1,371
BOTTOM2	25.5	469

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑱従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	20.7	380
少し思う	47.6	876
あまり思わない	24.5	451
全く思わない	7.2	133
TOP2	68.3	1,256
BOTTOM2	31.7	584

31. 職場環境についてどのように感じていますか。 ⑲業務改善や新しいことにチャレンジする環境がある

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
とても思う	18.9	348
少し思う	48.4	890
あまり思わない	25.5	470
全く思わない	7.2	132
TOP2	67.3	1,238
BOTTOM2	32.7	602

32. あなたが現在の法人を知ったきっかけは何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①ハローワーク	16.5	304
②福祉人材センター	3.9	72
③学校・養成施設での進路指導	19.4	357
④求人・就職情報誌、求人情報サイト	11.9	219
⑤折り込みチラシ、施設・事業所のホームページ	7.2	132
⑥就職セミナー・就職説明会	8.3	153
⑦知人・友人からの紹介	31.5	580
⑧ボランティア	1.7	32
⑨学校・養成施設の実習	6.0	111
⑩施設・事業所からの就職の働きかけ	3.3	60
⑪SNS（ツイッター、フェイスブック等）	0.7	12
⑫その他	4.6	84

33. あなたが現在の職場に入職した動機についてお伺いします。

33-1 入職した動機はありますか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①ある（33－2にお進みください。）	77.0	1,416
②特になし（33－2は回答せず、次へお進みください。）	23.0	424

33-2　上記で「①ある」と答えた方にお聞きします。入職した動機は何ですか。（複数選択可）

	全体（%）	全体（人）
N	1416	1416
①やりたい職種・仕事内容だから	51.8	734
②働き甲斐のある仕事だと思ったから	35.8	507
③人や社会の役に立ちたいから	33.2	470
④取得した保健医療福祉に関する資格が活かせるから	16.5	234
⑤法人の方針や理念に共感したから	15.5	219
⑥法人の経営が健全で安定しているから	10.0	141
⑦通勤が便利だから	24.4	345
⑧労働日数や労働時間が希望と合っているから	13.2	187
⑨給与水準が妥当だから	12.9	183
⑩福利厚生が充実しているから	9.6	136
⑪研修が充実しているから	4.2	60
⑫その他	5.4	77

33-2　入職した動機は何ですか。（型別：モチベーション／インセンティブ）

	全体（%）	全体（人）
N	1416	1416
モチベーション型	83.5	1,182
インセンティブ型	46.8	662
その他のみ	3.5	49

34. あなたの現在の雇用形態はどれですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①正規雇用	83.6	1,538
②非正規雇用（雇用期間の定めあり）	10.3	190
③非正規雇用（雇用期間の定めなし）	6.1	112

35. 現在の職場では、平均して週に何日間勤務していますか。（小数点以下は切り捨て）

35. 週の平均勤務日数

	全体（%）	全体（人）

N	1840	1840
1日間／週	0.4	7
2日間／週	1.0	19
3日間／週	2.6	48
4日間／週	8.1	149
5日間／週	82.8	1,524
6日間／週	4.9	91
7日間／週	0.1	2
平　均	4.9	5
最小値	1.0	1
最大値	7.0	7

36. 現在の職場では、平均して1日に何時間勤務していますか。（残業時間も含めてお答えください）（小数点以下は切り捨て）

36. 1 日の平均勤務時間

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
3時間未満／1日	0.8	14
4時間／1日	1.5	27
5時間／1日	1.5	28
6時間／1日	3.2	58
7時間／1日	10.9	200
8時間／1日	53.2	979
9時間／1日	17.1	315
10時間／1日	8.5	157
11時間／1日	1.2	22
12時間以上／1日	2.2	40
平　均	8.2	8
最小値	－	－
最大値	17.0	17

37. あなたご本人の現在の月収はおおよそ何万円ですか。（手取り額ではなく、税・保険料等を控除する前の額をお答えください）（小数点以下は切り捨て）

37. 現在の月収

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840

5 万未満	3.9	72
5 ～10 万未満	3.9	71
10～15 万未満	5.8	106
15～20 万未満	11.3	208
20～25 万未満	24.6	453
25～30 万未満	22.3	410
30～35 万未満	13.2	243
35～40 万未満	7.4	136
40～45 万未満	3.7	68
45～50 万未満	1.7	32
50～100 万未満	2.0	36
100 万以上	0.3	5
平　均	24.7	25
最小値	－	－
最大値	293.0	293

38. あなたご本人の現在の年収はおおよそ何万円ですか。（ボーナス等の臨時報酬や各種手当も含めてください）（小数点以下は切り捨て）

38. 現在の年収

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
100 万未満	5.9	109
100 ～200 万未満	8.3	152
200 ～300 万未満	12.6	231
300 ～400 万未満	28.1	517
400 ～500 万未満	26.1	480
500 ～750 万未満	17.3	318
750 ～1000 万未満	1.4	26
1000 万以上	0.4	7
平　均	362.9	363
最小値	－	－
最大値	3,520.0	3,520

39. あなたの家計での主たる生計維持者は誰ですか。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840

①あなた	55.3	1,018
②あなた以外	24.0	441
③配偶者等との間で折半	20.7	381

40. あなたの性別を教えてください。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①男	42.0	773
②女	55.9	1,028
③答えたくない	2.1	39

41. あなたの年齢を教えてください。

年代（5 歳刻み）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
20～24 歳	6.9	127
25～29 歳	10.5	193
30～34 歳	10.1	186
35～39 歳	13.6	250
40～44 歳	15.1	277
45～49 歳	16.3	300
50～54 歳	10.2	187
55～59 歳	8.0	147
60～64 歳	5.4	99
65～69 歳	2.1	38
70～74 歳	1.3	23
75 歳以上	0.7	13
平　均	42.6	43
最小値	20.0	20
最大値	81.0	81

41. あなたの年齢を教えてください。

年代（10 歳刻み）

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
20 代	17.4	320
30 代	23.7	436

40 代	31.4	577
50 代	18.2	334
60 代	7.4	137
70 代以上	2.0	36
平　均	42.6	43
最小値	20.0	20
最大値	81.0	81

42. あなたの最終学歴を教えてください。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①中学卒業	1.5	27
②高校卒業	16.4	302
③高専卒業	0.9	16
④専門学校卒業	22.2	409
⑤短期大学卒業	16.5	303
⑥大学卒業	40.9	753
⑦大学院修了（修士以上）	1.3	24
⑧その他	0.3	6

43. あなたの職位を教えてください。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①管理職	16.5	303
②主任・サブリーダー等、職場のまとめ役	21.0	386
③一般職・担当職	49.6	912
④事務職	6.1	112
⑤その他	6.9	127

44. あなたの婚姻状況と子どもの有無を教えてください。

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
①未婚（子どもなし）	30.3	558
②未婚（子どもあり）	7.6	140
③既婚（子どもなし）	8.9	164
④既婚（子どもあり）	53.2	978
未婚計	37.9	698

既婚計	62.1	1,142
子どもなし計	39.2	722
子どもあり計	60.8	1,118

性年代

	全体（%）	全体（人）
N	1840	1840
男性 20 代	5.9	108
男性 30 代	11.5	212
男性 40 代	14.7	271
男性 50 代	6.4	118
男性 60 代	2.8	51
男性 70 代以上	0.7	13
女性 20 代	11.2	206
女性 30 代	11.3	208
女性 40 代	16.1	296
女性 50 代	11.5	211
女性 60 代	4.6	84
女性 70 代以上	1.3	23
性別答えたくない	2.1	39

資格保有数

	全体（%）	全体（人）
N	1275	1275
1個	48.8	622
2個	34.1	435
3個	12.9	165
4個	3.1	40
5個	0.6	8
6個	0.2	2
7個	0.2	3

保有資格

	全体（%）	全体（人）
N	1275	1275
①介護福祉士	52.9	674
②介護支援専門員（ケアマネジャー）	21.6	275

③訪問介護員（介護職員初任者研修を含む）	10.7	137
④社会福祉士	21.4	273
⑤精神保健福祉士	5.8	74
⑥公認心理師	1.8	23
⑦保育士	20.4	260
⑧幼稚園教諭	14.5	185
⑨管理栄養士	2.4	30
⑩栄養士	2.7	34
⑪看護師	6.0	76
⑫保健師	0.8	10
⑬助産師	0.1	1
⑭医師	0.5	6
⑮歯科医師	0.1	1
⑯歯科衛生士	0.4	5
⑰歯科技工士	－	－
⑱薬剤師	0.1	1
⑲救命救急士	0.1	1
⑳臨床検査技師	0.1	1
21. 診療放射線技師	－	－
22. 臨床工学技士	0.2	2
23. 理学療法士	1.3	16
24. 作業療法士	0.5	7
25. 言語聴覚士	0.3	4
26. 視能訓練士	－	－
27. 義肢装具士	－	－
28. あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師	0.1	1
29. はり師	－	－
30. きゅう師	－	－
31. 柔道整復師	0.3	4
32. その他	9.3	119

研究成果の刊行に関する一覧表

Mawardi F, Lestari AS, Onishi H, Sasongko EPS, Kusnanto H, Hilmanto D. How Do Elderly People with Malnutrition and Their Families Perceive Collaborative Practice in Primary Care?: A Phenomenological Study. British Journal of Nutrition, 22, 1-19, 2022

Ernawati DK, Sutiari NK, Astuti IW, Onishi H, Sunderland B. Correlation between intercultural sensitivity and collaborative competencies amongst Indonesian healthcare professionals. Journal of Interprofessional Education & Practice, 29, 100538, 2022

大西弘高. 台東病院のポートフォリオカンファランス. 地域医学, 36(7), 569-575, 2022

大西弘高. 共通基礎課程とその実装上の諸課題. 地域ケアリング, 24(6), 30-36, 2022

大西弘高. 患者医師関係と診療. カレントテラピー, 40(2), 143-147, 2022

大西弘高, 藤沼康樹, 堀田聰子. 超高齢社会と総合診療/家庭医療に対するニーズ. カレントテラピー, 40(2), 194-201, 2022

このほか、厚生科研成果報告後に、成果報告会を実施、学会・専門雑誌等で公表予定である。

2023年　　3月　　31日

厚生労働大臣
(~~国立医薬品食品衛生研究所長~~)　殿
(~~国立保健医療科学院長~~)

機関名　慶應義塾大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　伊藤　公平

次の職員の令和４年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業

２．研究課題名　人口減少社会に対応した保険医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究

３．研究者名　(所属部署・職名)　経済学部・教授

(氏名・フリガナ)　駒村 康平・コマムラ コウヘイ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	□　✓	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　✓	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　✓	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：　慶應義塾大学経済学部附属経済研究所研究倫理審査委員会規程)	□　✓	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ✓　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　　)
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ✓　無 □(無の場合は委託先機関:　　)
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　　)
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ✓ (有の場合はその内容：　　)

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年　　3月　　31日

厚生労働大臣
(~~国立医薬品食品衛生研究所長~~)　殿
(~~国立保健医療科学院長~~)

機関名　東海大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　山田清志

次の職員の令和４年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業

２．研究課題名　人口減少社会に対応した保険医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究

３．研究者名　(所属部署・職名)　健康学部・准教授

(氏名・フリガナ)　古城隆雄・コジョウタカオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	□　✓	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　✓	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　✓	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：「人を対象とする研究」に関する倫理委員会規定)	□　✓	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）上記該当しないが従業員・法人調査に関しては、東海大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会の規定に基づき任意で申請・承認を受けた（承認番号 22209）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ✓　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ✓　無 □(無の場合は委託先機関:　)
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ✓ (有の場合はその内容：　)

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年　　3月　　31日

厚生労働大臣
(~~国立医薬品食品衛生研究所長~~)　殿
(~~国立保健医療科学院長~~)

機関名　東海大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　山田清志

次の職員の令和４年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業

２．研究課題名　人口減少社会に対応した保険医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究

３．研究者名　(所属部署・職名)　健康学部・教授

(氏名・フリガナ)　堀　真奈美・ホリマナミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	□　✓	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　✓	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　✓	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：「人を対象とする研究」に関する倫理委員会規定)	□　✓	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）アンケート調査に関しては、東海大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会の規定に基づき任意で申請・承認を受けた（承認番号 22209）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ✓　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ✓　無 □(無の場合は委託先機関:　)
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ✓　無 □(無の場合はその理由:　)
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ✓ (有の場合はその内容：　)

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年4月1日

厚生労働大臣　殿

機関名　　慶應義塾大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　伊藤　公平

次の職員の令和４年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

２．研究課題名　人口減少社会に対応した保健医療福祉資格の多職種連携等の推進に資する研究

（22AA2008）

３．研究者名　（所属部署・職名）　健康マネジメント研究科　教授

（氏名・フリガナ）　堀田　聰子（ホッタ　サトコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。