

# 諸外国における 介護人材確保の 動向確保に向けて

カンツラ、ルードヴィヒ  
パートナー  
マッキンゼー・アンド・カンパニー

第2回 福祉人材確保検討会  
2014年6月20日

機密・専有  
マッキンゼー・アンド・カンパニーの特別な許可なく本資料を使用することを固く禁じます。



## プレゼンテーションの目的

- 他の主要先進国の介護従事者の状況の紹介
- 諸外国における介護従事者確保に向けた施策の紹介
- ドイツの事例紹介
- 日本の参考となり得る学びのまとめ



## 他の先進国の介護従事者を取りまく環境のまとめ (1/2)

諸外国との間には類似点も多々あるが...

- 家庭での介護と介護施設での介護の供給が急増している。今後も需要が伸びると予想されている
- 介護従事者は概ね経験が浅く低賃金。魅力的な仕事とは思われていない
- 地域的には農村部、職能としては有資格者の仕事を中心に、労働力不足が指摘されている
- 有資格者の専門的な労働力確保に向けた体系的な取組がない

## 他の先進国の介護従事者を取りまく環境のまとめ (2/2)

### 一方で、違いもある...

- ( 介護施設の分野では ) 大手の民間業者が登場し、労働力を惹きつけ質の高いサービスを提供しようと努力している
  - 需要の予測可能性に着目
  - 給付側と高い報酬を交渉
- 東欧からの移民など、労働力の供給は豊富
- 医療と異なり、高齢者介護は最重要の政治課題ではない
- 介護労働者の専門化などを通じて問題に対処しようという試みが出てきている

# 運営企業に対し、給付制度を通じて高齢者介護の十分なリソース確保を促している

	ドイツ 	英国 	フランス 	米国 
保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ほとんどは保険、一部自己負担</li> <li>▪ 自己負担には家族も含まれる</li> <li>▪ 滞在費と追加料金はカバーされない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 本格的な資力調査済み、つまり、介護対象者が無一文にならないと地方自治体はお金を出さない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 大半は民間の支払、一部公的資金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 自費、民間の保険と公的保険の混成</li> </ul>
提供制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 所得がある親族がほぼ半分</li> <li>▪ 残りは介護施設と通院</li> <li>▪ 営利組織と非営利組織の混成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 大手民間チェーンが介護施設のほとんどを運営している</li> <li>▪ 通院は非常に細分化している</li> <li>▪ 労働力の大半は東欧からの移民</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 民間と公的施設の混成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 民間(家庭内介護で支配的)と非営利(介護施設で支配的)の混成</li> </ul>
診療法主	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 運営企業と給付側の間で料金を交渉</li> <li>▪ 地域、場合によっては運営企業と給付側毎に異なる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 地方自治体が運営企業とレート交渉</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 保険で料金が定められるが、民間のレートは異なる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 最も重要な給付機関であるメディケアとメディケイドが大きな影響力を誇る</li> </ul>
人材確保への意味合い	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 保険と料金の規制により需要が予測でき、民間プレイヤーはそれに積極的に対応</li> <li>▪ 民間プレイヤーは雇用環境の改善に積極的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 人材を求めて競争するほどの高いレートで民間セクターに雇用を提供し管理する仕事</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 保険と料金の規制により需要が予測でき、民間プレイヤーはそれに積極的に対応</li> <li>▪ 民間プレイヤーは雇用環境の改善に積極的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 大手給付機関は介護のやり方に大きな影響力を持つ</li> </ul>

# ドイツでは高齢の介護患者が増え続けると予想されている



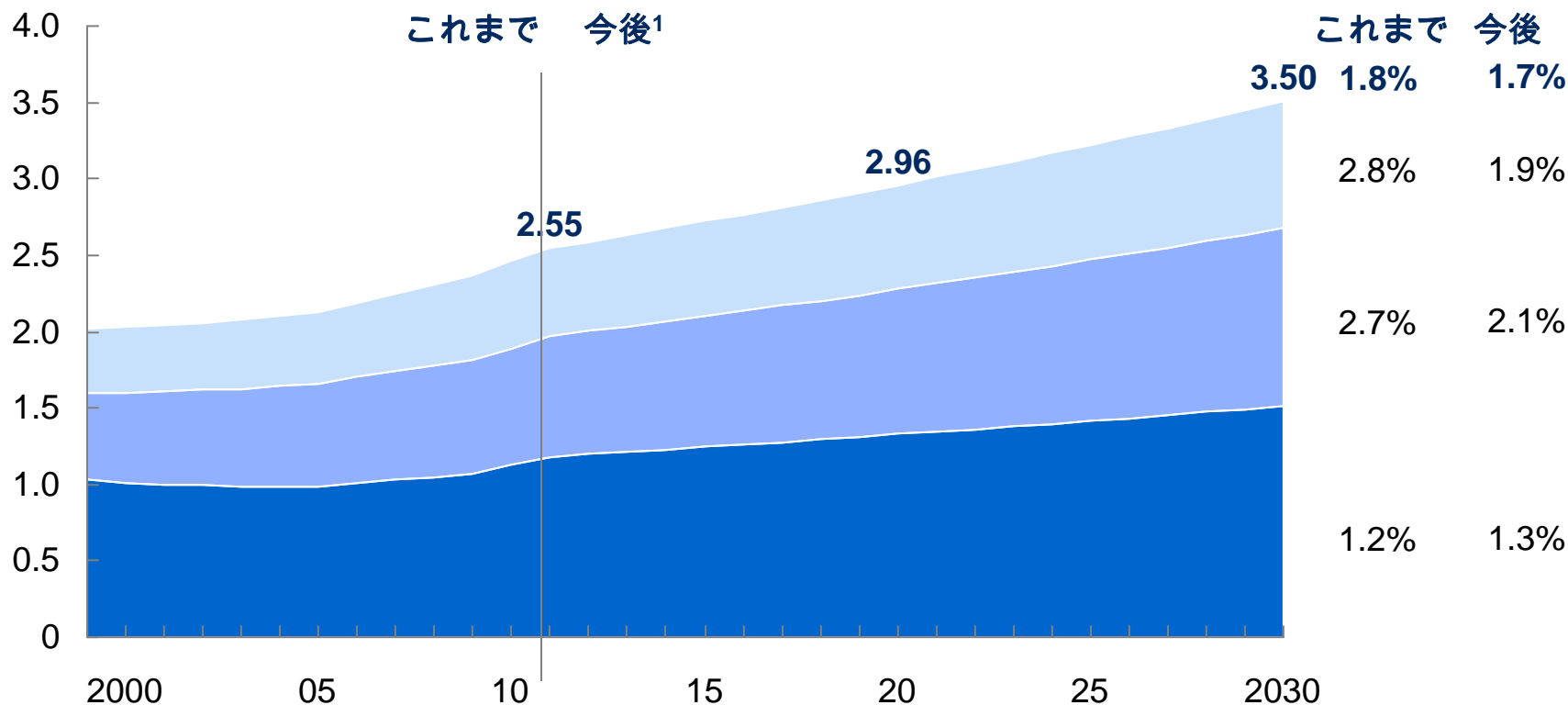
通院介護

入院介護

親族による介護

タイプ別介護患者のこれまでの推移と将来の動向  
患者数、百万

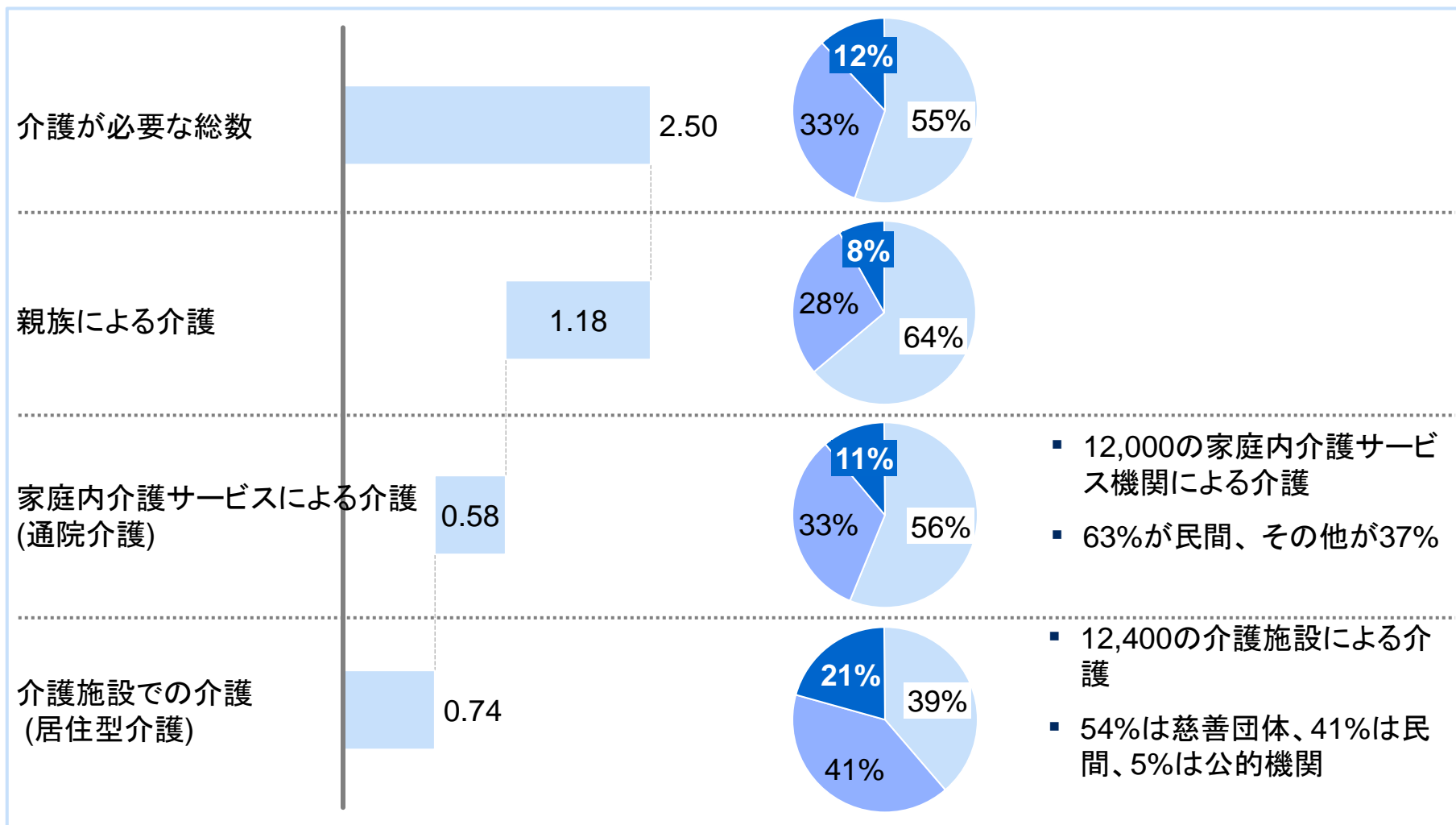
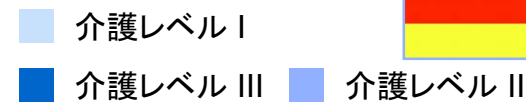
年平均成長率、  
パーセント



¹ ベースシナリオ: 介護の比率が一定として - 将来の年齢、性別、地域分布のみに基づく予測

# ドイツでの高齢者介護は親族、家庭内介護サービス、介護施設で行われている

介護が必要な総数<sup>1</sup>, 百万 (2011)



<sup>1</sup> SGB XI (社会法規範)によると、介護が必要な人とは、長期的な社会介護保険に依存している人を指す

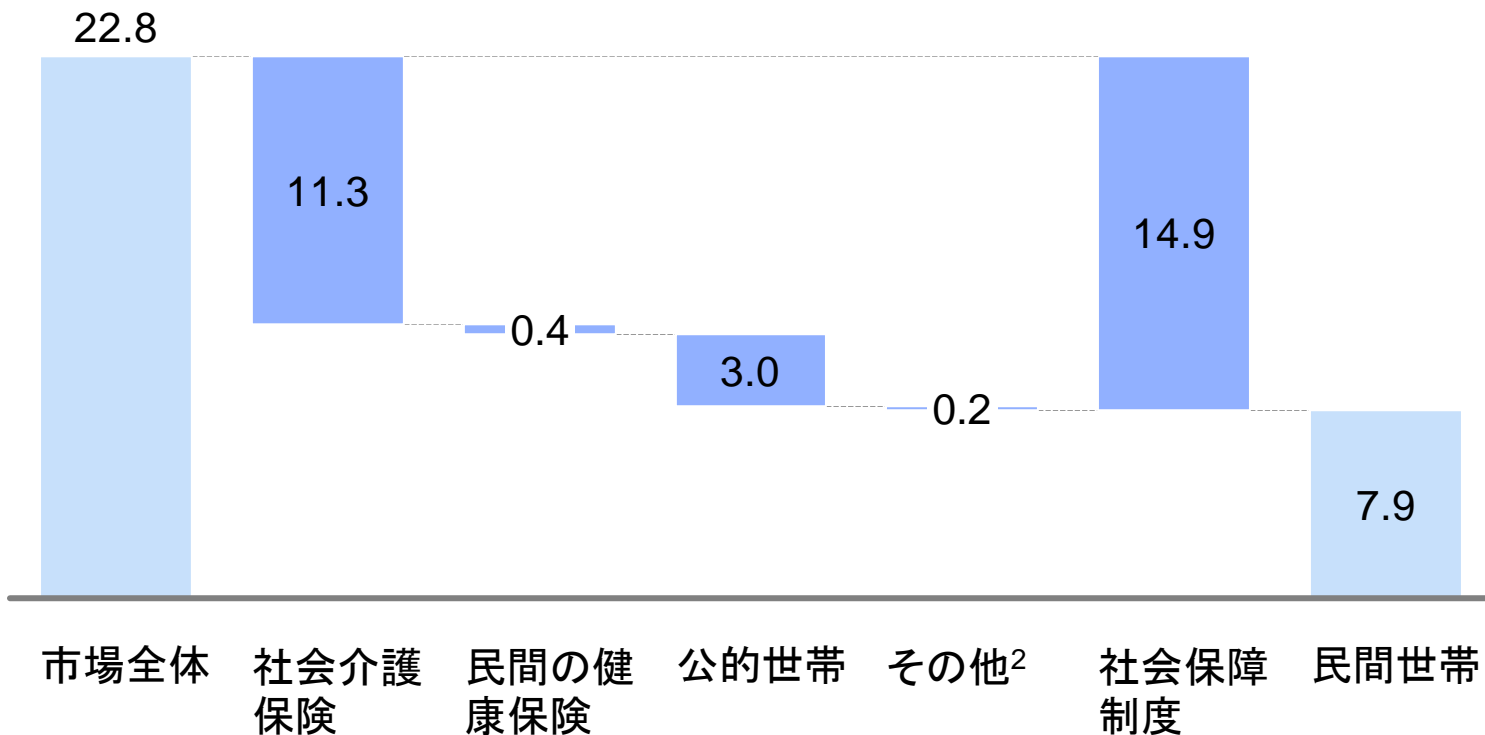
# 社会保障制度が230億ユーロに上る長期居住型市場の 約66%をまかなっている



■ 社会保障制度

十億ユーロ、(%), 2011

## 長期居住型介護支出<sup>1</sup>



<sup>1</sup> 介護料、滞在費、食事、投資プレミアムを含む

<sup>2</sup> その他: 公的健康保険、事故保険



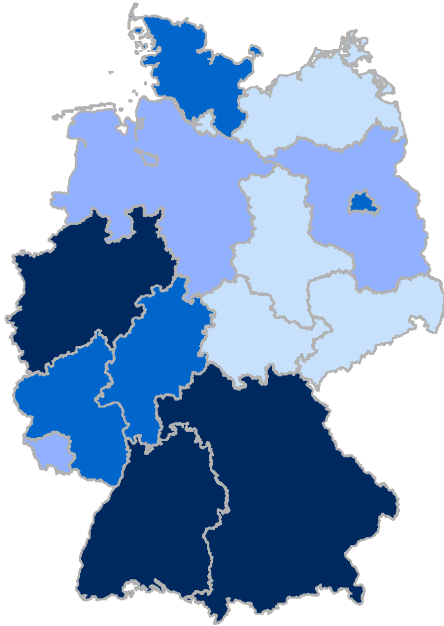


# ドイツは地方によって介護費用に大きな差がある

1日当たりの価格<sup>1</sup>

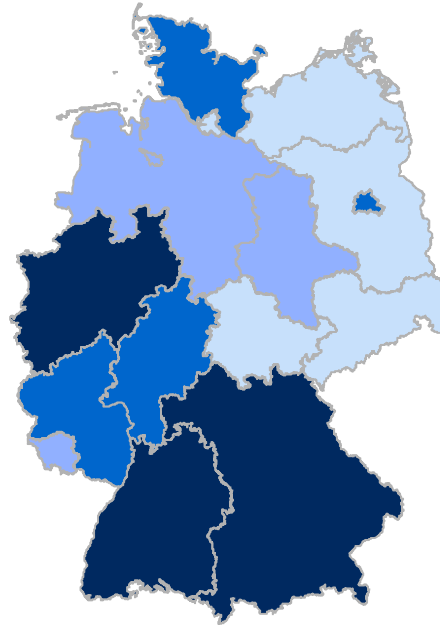
## 介護レベルI

€45/day €80/day



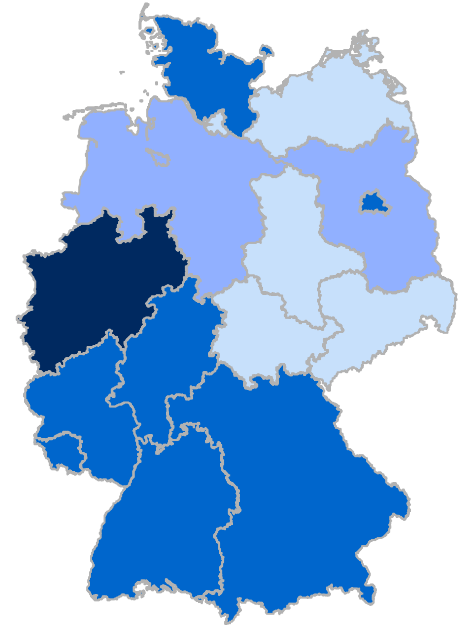
## 介護レベルII

€55/day €95/day



## 介護レベルIII

€60/day €110/day



- すべての介護レベルについて、地域間で価格に大きな差がある
- 総じて、ドイツ東部の価格が最も低いのに対し、ノルトライン・ウエストファーレン州は最も価格が高いが、局地的な差もある

<sup>1</sup> 介護、食事、ハウスキーピング、投資配分

# 介護施設の費用は介護施設の運営者と社会保険が交渉する

↔ 交渉

→ お金の流れ



公的介護保険手当  
の還付<sup>1</sup>



介護施設

## 社会保険<sup>2</sup>

- 社会介護保険は還付水準に上限が設けられているため、交渉では給付者ではなく、患者の代表としての役目しか果たさない。
- 金銭面のサポートが必要な患者に対しては、社会保障が給付者の役目を果たす

## 価格交渉

- すべての介護施設がそれぞれの価格を交渉する
  - 介護料と「ホテルサービス」：コスト構造に基づく
  - 投資コストのプレミアム：不動産の特性に左右される
- 交渉術が結果を大きく左右する可能性
- 様々な規制要件やコストの透明性要件があるため、社会保険の総合的なアプローチは州によって異なる

患者（必要なら  
家族）が公的還  
付額<sup>1</sup>と価格との  
差額を支払う



患者



親族

<sup>1</sup> 介護レベル(I-III)により、介護施設費の総額の75%が上限と定められている

<sup>2</sup> 社会介護保険と社会保障

# 老人ホームの費用は、老人ホームと利用者間で交渉される4つの要素に基づいて決定される



価格要素	説明	規制	価格設定	備考
1 介護料金	<ul style="list-style-type: none"> <li>固定高齢者介護に対する支払い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護施設、介護保険<sup>1</sup>、福祉事務所間での年次交渉（<i>Pflegesatzvereinbarung</i>。§ 85 SGB XIIに準拠）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>交渉は、与えられた構造パラメータ（介護レベルミックスなど）に関する施設の予想コストに基づいている</li> <li>施設のコストが、ベンチマーク（各地域の介護レベルによって異なるベンチマーク）と比較される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大きな地域差</li> <li>介護料金は、住民の介護レベルによって異なる<sup>2</sup>。収容施設と食事は介護レベルとは関係ありません</li> <li>介護保険は、積立金が固定であるため、価格を下げるインセンティブは限定的である</li> </ul>
2 食事と家事	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ホテルサービス」に対する支払い</li> </ul>			
3 投資コストプレミアム	<ul style="list-style-type: none"> <li>支払家賃をカバーするための支払い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助金を受けている施設。州の規制に応じて別々に計算</li> <li>民間施設。州当局への通知のため別々に計算（法 § 82 SGB XI）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>省庁の同意を得るための原価基準</li> <li>地方福祉事務所は、下方修正を交渉できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上限が、州の規制によって定義されている</li> <li>地方補助金と公共事業者と民間事業者間の差</li> </ul>
4 補助的サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助的サービスをカバーするための支払い（一人部屋追加料金、現金預金など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法 § 88 SGB XI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由価格</li> <li>老人ホームの監督当局（<i>Heimaufsicht</i>）の同意が必須である</li> </ul>	

1 介護施設ごとに全介護日程の最低5%をカバー

2 全国的に統一された払い戻し - CL I:€1,023; CL II:€1,279; CL III:€1,432; ハードシップ・ケース:€1,688

# 各州には、それぞれ独自の規制がある



ケース事例: ノルトライン・ウェストファーレンとバイエルン

## ノルトライン・ウェストファーレン

## バイエルン

### コスト

- 交渉は現在と過去の実際のデータを重視
- コストに詳細な損益データが求められチェックされる
  - － 前年度通年
  - － 当年 – YTD<sup>1</sup> 推定
  - － 交渉年の予想コスト

- 交渉は今後予想される数字を重視
- 現在と過去の実際の費用についての詳しい情報を要請することができるが、要請されることはめったにない

### スタッフ

- スタッフの配置に関するデータが常に求められ次の点がチェックされる
  - － P&Lにおける人件費の推定額の順守
  - － スタッフと患者の法定比率と一致しているか(一致していない場合、“Pflege-Satz”が削減されるおそれ)

交渉の道筋は交渉パートナーの存在にも大きく左右される → 望ましい結果を得るには優れたネットワークづくりが不可欠

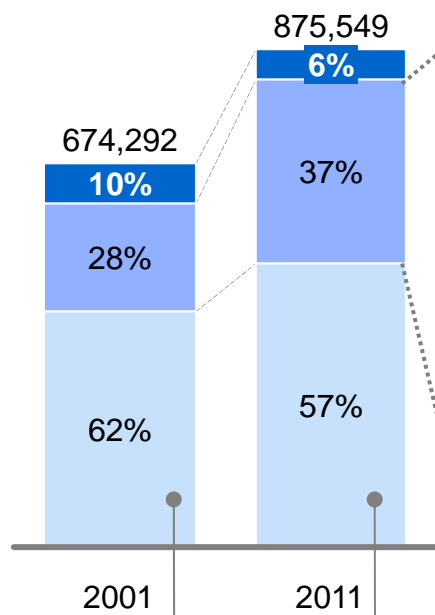
<sup>1</sup> YTD = 年初来

# 介護施設市場は細分化しており、定員875,000人の37%を民間プレイヤーが占めている

■ 公的  
■ 民間  
■ 非営利



介護施設の定員数  
パーセント



非営利のプレイヤーのほとんどは運営組織の一部であるが、独立のプレイヤーとして活動

	介護施設の定員数	市場シェア パーセント	介護施設
Pro Seniore	18,500	2.1	~80-100
<b>CURANUM/ Phönix</b>	13,389	1.5	123
Casa Reha	9,114	1.0	64
Kursana	8,261	0.9	78
Marseille	8,028	0.9	57
Alloheim	6,000	0.7	50
Vitanas	4,722	0.5	36
Maternus	3,233	0.4	18
Azurit <sup>1</sup>	3,000	0.3	40
CURA	2,800	0.3	23
Senator	1,758	0.2	49
その他民間	245,171	27.9	4,370
民間合計	323,976	37.5	4,998

# 中心的な企業はすべて、幅広い事業分野で活躍している



■ サービス提供なし ■ コアサービス ■ サービス提供あり

## 事業分野ごとの企業の存在

事業分野							
住宅/アシステッドリビング <sup>1</sup>				18		5 (+4 <sup>3</sup> )	38 <sup>3</sup>
外来ケア	2 (+17 <sup>3</sup> )	(4 <sup>3</sup> )			3	5	
デイケア							12 <sup>3</sup>
老人ホーム	75	48	64	78	18	57	78 <sup>5</sup>
合計	77	48	64	96	21	67	80-100 <sup>4</sup>

- ほとんどの老人ホームサービス事業者は幅広い事業分野で活躍しているが、今でも明確に老人ホームサービスを中心に置いている
- 上位の企業は、住宅やアシステッドリビングコンセプトにも力を入れていますが、必ずしも明確に差別化されていない
- 外来ケアを提供している企業もいくつかあるが、大規模ではなく方法も限定的である

1 介護を必要とする複数の人が一緒に住むリビンググループ（「Wohngruppen」）コンセプト含む

2 また、あらゆる形の入院患者治療も提供している

3 施設は老人ホームの一部である

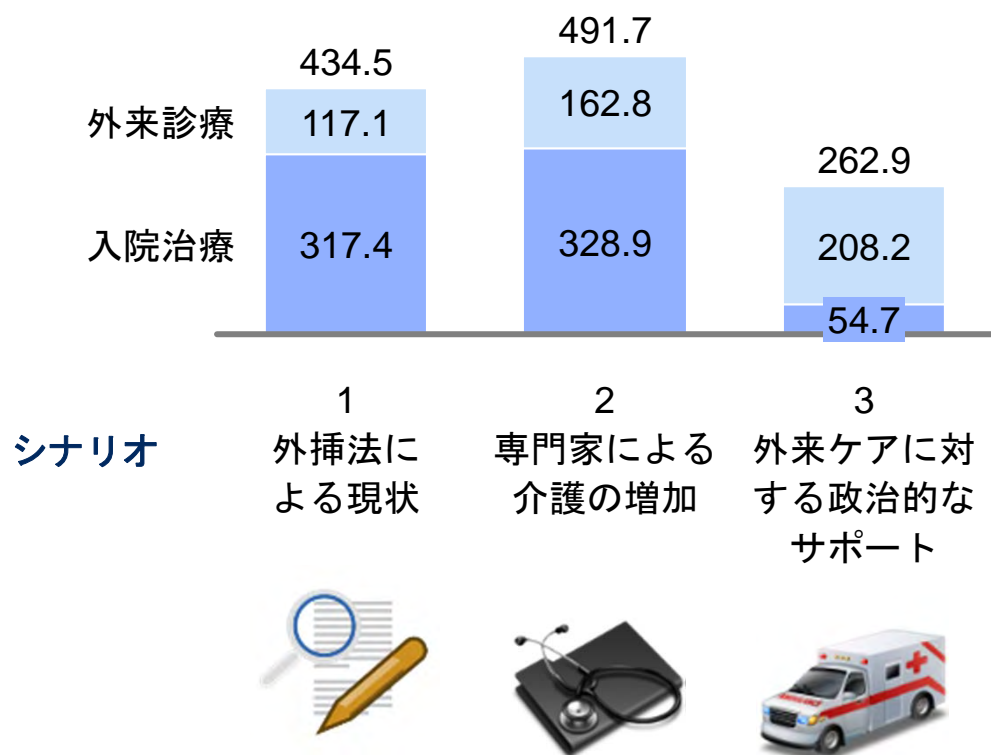
4 企業のWebサイト上のデータが矛盾している（78施設が挙げられているが、運営施設数は100を超えていると謳っている）

競争が激しく、給与水準が低いため、有資格者数が大幅に不足しており、その傾向はさらに強くなるものと予想される



### シナリオの違いによる、2030年における外来ケアと入院患者治療の人材のギャップ

FTE (千)



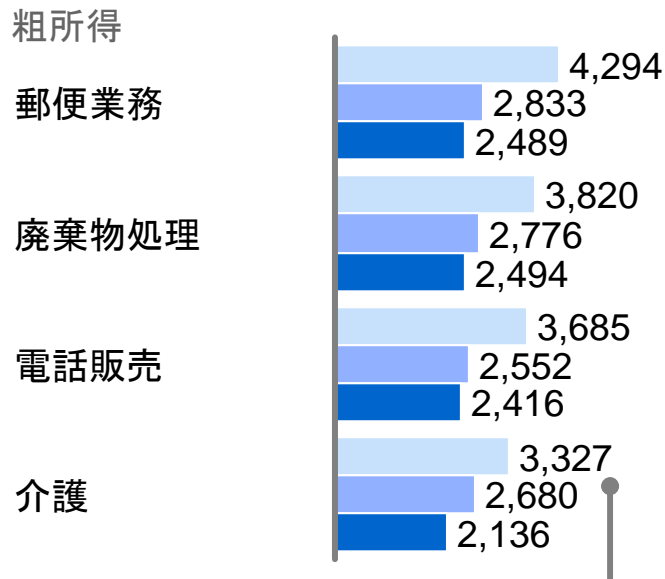
- 有資格者のギャップは、現在すでに最大の成長の足かせとなっている
- 介護が必要な人の人数の増加によって、この問題は、将来的にはより悪化すると思われる
- 将来的な主要成功要因
  - ー 有資格者を上手く引き付け、維持する能力
  - ー 従業員の研修と教育を自前で行う能力
  - ー 人員に移民を取り入れ、サポートを提供する能力（例: 言語学習コース）
  - ー 異なるスキルと支払い分類の最適なバランスの確保（例: 医療専門家、介護者、無資格サポート）

# 介護従事者の不足の原因は、給与の低さと介護従事者の割合に対する高い規制目標である



■ スキルの高い有資格スタッフ ■ 有資格スタッフ ■ スキルのないスタッフ

財務的には、介護事業は他の分野と比べて魅力が劣る



民間部門は公共部門よりも**全体報酬が10~15%低く**、優れた人材を見つけるのがより難しい

介護従事者の割合は、州によって異なるが、法律によって厳しく規制されている

簡易

- 各州では、介護サービス提供者とサービス受託者の協会が、对患者比の有資格介護者の最低割合に同意している。以下に示すのは、バイエルンの例である。
  - － レベル„0“: 患者8人に対して1人
  - － レベルI: 患者4人に対して1人
  - － レベルII: 患者2.5人に対して1人
  - － レベルIII: 患者1.8人に対して1人
- さらに、有資格介護者に対する無資格介護者の割合についても法的な基準がある。通常、上限は50%である。  
→ 有資格者に対する基準の達成は難しい場合がある

介護者は介護サービス事業内外で他の雇用主と取り合いになるため、新たな人材の確保は難しい。



## 日本の参考になりうる他国からの学び

- 介護は、さまざまなスキルレベルに細分化でき、それに基づいてサービスの提供も階層化できる
  - 需要が大きく、高いスキルを必要とする作業はあまりないため、介護従事者の大部分はスキルを持っていない人と規定される可能性がある
  - サービス提供者が高い報酬を支払い、よりスキルの高い人により良い条件を提示できれば、よりスキルの高い人材の全体的な需要が満たされ、不足分をよりスキルの低い人材で補うことができる
- 仕事の魅力は、雇用主とその人材獲得の努力に大きく依存している
  - もっとも魅力的なサービス提供者は、最もサービス価格の高い患者を狙うが、その実現には最高のサービスの提供が必要とされる
  - 最高のサービスを提供するには、最高の人材が必要となる
  - 優れた人材を確保および維持するには、魅力的な労働条件と能力開発機会の提供が必須である
- そのため、以下のような方策によって、介護を予測可能なビジネス機会にすることが重要である
  - 資金調達において、初めから十分な余裕を持つ
  - 需給の変化に対応するため、さまざまな料金体系の交渉を可能にする
  - 明確な規制の枠組みを提供する