＜研究論文＞

在宅ケアを担う専門職の養成について
―北欧４カ国およびカナダの事例調査から―

石　田　路　子

はじめに

現在、高齢者人口の増加に伴って、日本のみならず世界各国で高齢者介護を担うマンパワーの確保が国の政策となっている。日本では、1987 年の社会福祉士及び介護福祉士法が制定されて以降、介護に携わる専門職としての介護福祉士が輩出されてきた。2011（平 22）年で登録者総数は 898,429 人（うち国家試験合格者 632,566 人、養成施設卒業者 265,863 人）に上っている。いっぽう、厚生労働省による 2010(平 20)年 10 月審査分の介護給付費実態調査によれば、施設介護サービスを利用している人 847,200 人に対して、在宅介護サービスを利用している人は 3,184,500 人となっている。

このような状況から介護の専門職養成に関して、とくに介護保険サービスを利用している人の約 8 割を占める在宅福祉サービスに専門知識や技術を発揮できる人材を、より多く育成していくことが必要である。現在、日本の介護サービス内容も訪問介護、通所介護をはじめ、地域密着型サービスなど多様な内容によって構成されている。現行の介護保険制度に則り、介護報酬に反映される訪問系サービスの従事者には、訪問介護員研修の 1 級課程（講義 84 時間、演習 62 時間、実習 84 時間の合計 230 時間研修）もしくは 2 級課程（講義 58 時間、演習 42 時間、実習 30 時間の合計 130 時間研修）を修了していることが必要とされている。これらは、いわゆるホームヘルパー1 級あるいは 2 級の資格である。

2011（平 23）年 6 月に成立した改正介護保険法により、2012（平 24）年 4 月から医療と介護のケアを同時に必要とする高齢者の自宅には、定期的に巡回する訪問サービスが全国で展開されることになるとともに、痰の吸引など、これまでは原則的に医師や看護師に限られてきた医療行為を介護職員ができるようになることが決められた。これを見るように、今後も在宅ケアに力点を置いたサービス内容の充実を目指す新たな取り組みが展開されていくことが予想される。こうした時に、いちはやく高齢者等の在宅ケア推進に取り組んだスウェーデン、あるいは長年にわたって培われてきた職業人教育システムの基盤を前提にして、独自の地域ケア専門職養成プログラムを展開しているデンマークの事例は、これからの日本の在宅ケアの在り方、および在宅ケアを担う専門職養成に関して大きな示唆を与えるものと考えられる。

本論文では、スウェーデン、デンマークをはじめノルウェーやフィンランド、カナダの事例から、福祉先進諸国における在宅ケア専門職の教育内容を見ていきたい。その中で、ケアを受ける高齢者たちの人権が守られるために「どこの国においてケアを受けても、どこの国の人にケアを提供されても、一定の水準以上のケア知識・技術が確保される」ための国際ケア基準の必要性を考えるとともに、高齢化が進む国際社会においてこれから一層の進展が予測されるとくに高齢者を対象とした在宅ケアの

領域で、ケアを担う専門職にはどのような専門知識と技術が習得されるべきかについて考察していきたい。

１．スウェーデンにおける在宅ケアサービスと専門職教育

スウェーデンは 1992 年 1 月に導入されたエーデル改革により、高齢者福祉サービスと高齢者医療サービスの統合化、医療における予防、治療、リハビリテーションの統合化、介護・医療・看護間における施設ケアと在宅ケアとのコミュニティレベルでの統合化などが図られており、在宅ケアサービスの先進国である。また、とくに認知症高齢者の在宅生活を支えるサービスシステムの開発にも力を入れている。今回、スウェーデン国内でも認知症高齢者のための在宅ケアサービスのモデル市として知られるモタラ市（Motala）を訪ね、先進的な在宅ケアのサービス実践と、ケア専門職の業務および養成について調査した。

（１）在宅ケアサービス

モタラ市はストックホルムから西へ約 250 キロ、ヴェッテルン湖畔に位置する人口約 2 万人の都市である。モタラ市中心部から徒歩 10 分くらいのところにあるモタラ市総合病院は、周辺地域の在宅ケアに関する総合医療ステーション的存在でもある。この病院は、かつては長期療養病院として、主に高齢者を対象とした老年科やリハビリテーション科が置かれていた。現在は、一般の外来患者の診察・入院なども行う総合病院として機能しているが、長期の療養を必要としている市内の高齢者、障害者、難病患者などを対象とした在宅ケアサービスの拠点病院でもある。

モタラ市総合病院を中心とした在宅ケアサービスは、現在約 180 名が利用している。市内を 10 地区に分け、それぞれの地区担当ナースが二人一組で、利用者一人ひとりの症状に合わせた薬や注射器などが入れられたリュックを背負って定期的に患者宅を訪問するサービスが中心である。現在、在宅ケアに関わるナースは 28 名が在籍しており、アンダーナース（アシスタントナースという場合もある）も 17 名いる。在宅訪問では、病状の確認や症状に対応した治療補助・看護が行われるほかに、生活支援としての介護や生活環境整備なども行われている。

在宅ケアサービスは、日本でいう訪問看護と訪問介護が統合された内容で構成されており、徹底した訪問サービスシステムによって在宅生活をしている患者の多くは症状が安定し、住み慣れた地域での生活を継続することができている。さらに、緊急時や状態の急変時には、モタラ市総合病院側の患者受け入れ体制が 24 時間いつでも受け入れができるようになっている。

（２）専門職教育

スウェーデンでは、義務教育期間の 9 年間を経た後に、3 年間の高等学校がある。高等学校には 17 のコースがあり、大学への進学コースは、①経済、②美学、③語学、④自然科学、⑤社会科学の 5 コースである。近年の不況から、高卒の求人が減り大学進学率が上がっており、現在は 10 人に 3 人の割

合で大学へ進学している状況である。

しかし、職業人としての道を選ぶ学生が 7 割を占め、それらは高校卒業の資格で就職できる職業準備コースに進んでいる。職業選択コースは、①児童・余暇、②建築・施設、③電気、エネルギー、④車両・輸送、⑤商業・管理、⑥工芸、⑦ホテル・観光、⑧工業技術、⑨農・林業、⑩レストラン・食品、⑪暖房、換気、下水道、不動産メインテナンス、⑫介護・福祉の 12 コースに分かれている。これらのコースを 3 年間勉強して卒業すると、職業によっては 1～2 年の実習期間を経て職業人となることができる。先の在宅ケアサービスで働くアンダーナースたちは、高校の⑫介護・福祉を卒業した人である。

在宅ケアにおいて中心的役割を担うのはナースである。アンダーナースはナースの指示のもとで、在宅生活に必要な食事、排泄、歩行、移動・移乗の介助や段差の解消など生活支援や生活環境整備等を行い、注射、与薬など治療補助業務はナースにしかできない。アンダーナースがナースになるためには、看護大学で 3 年間の専門教育（1 年半は現場実習）を受けて看護師資格を取得する必要がある。スウェーデンでは、高校卒業後に数年間は外国で学んだり、仕事に就いて社会経験を重ねたのちに大学に入学することが珍しくない。他の職種からナースに転職するケースもあるが、看護大学への入学者の多くはアンダーナースがナースを目指す場合である。

ストックホルム市にあるスウェーデンのナースをはじめ医療関係の専門職を対象にしたソフィア・ハメット専門大学（Sophiahemmet hogskola: Sophiahemmet University College）も、高校を卒業したばかりで入学してくる学生より、介護や看護の仕事経験がある社会人や、他の分野から医療・看護の勉強をしたいと転職してくる学生が半数以上を占めている。約 350 人の学生がこの大学で 3 年間学び、卒業と同時に看護学士を取得するとともにスウェーデン国の登録ナースとしての資格が与えられる。

大学では、看護に関する全般的知識や技術向上のトレーニングに加えて、とくに高齢者ケアあるいは救急医療に力を入れている。加えて 1 年間の看護大学院も設置されている。さらに、認知症ケアに関してアンダーナースのための特別卒業証書が授与されるプログラムや、保健・看護領域にある多様な科目のうちのいくつかを単独で学べるプログラムも用意されている。また通信教育課程もあり、現在約 1500 人の学生が学んでいる。

＜ソフィア・ハメット専門大学　看護学コースの教育プログラム＞（1credits=40 時間）

【心臓病分野】

Women’s Health 女性の健康(7.5credits)

ECG Arrythmia 心電図不整脈(4.5credits)

Heart Failure 登録ナース向け心臓疾患（7.5credits）

Heart Failure Ⅱ心臓疾患Ⅰ（7.5credits）

Heart Failure Ⅱ心臓疾患Ⅱ（7.5credits）

Acute Coronary Syndromes Ⅰ急性冠状動脈症候群Ⅰ（7.5credits）

Acute Coronary SyndromesⅡ急性冠状動脈症候群Ⅱ（7.5credits）

【認知症分野（登録ナース向け）】

Improvement Work within Dementia 認知症ケアの応用（7.5credits）

Leadership focused on good Care in Dementia リーダーシップ論（7.5credits）

Palliative Care within Dementia Disease 認知症の緩和ケア（7.5credits）

Specific Nursing within Dementia Disease 認知症の特定看護（7.5credits）

【認知症分野（アシスタントナース向け）】

Care of Persons with Dementia 認知症がある人へのケア（7.5credits）

Palliative Care of Persons with Dementia 認知症がある人への緩和ケア（7.5credits）

Caring for Persons with Dementia and Geriatric Disorders 認知症および老年性疾患がある人へのケア（7.5credits）

The Importance of the Environment for Persons with Dementia 認知症がある人のための環境整備の重要性（7.5credits）

Instruction and Teaching of Dementia Care 認知症ケアの教育指導（7.5credits）

【糖尿病分野】

Basic Medical Course in Diabetes Care 糖尿病ケアの基礎医学（7.5credits）

Diabetes Care Ⅰ糖尿病ケアⅠ（7.5credits）

Diabetes CareⅡ糖尿病ケアⅡ（7.5credits）

Patient and Relative Education 患者と家族への教育（7.5credits）

Research Methodology 調査研究法（7.5credits）

Independent Project in Science of Nursing-Diabetes Care 糖尿病ケアに関する看護学の独自プロジェクト（15credits）

Supporting Behaviour Change（7.5credits）行動変化への支援

【マネジメントおよびコミュニケーション分野】

Professional Communication 専門的コミュニケーション（7.5credits）

The 5 Challenges of Leadership リーダーシップ 5 つの課題（15credits）

【神経学分野】

Neurological Emergency Care and Nursing 神経関連の救急ケアと看護（15credits）

【看護学一般分野】

Degree project, first cycle 学位プロジェクト（第 1 期）（15credits）

Pedagogy in Nursing and Patient Education 看護教育学と患者教育（7.5credits）

Philosophy of Ethics and Nursing Ethics 哲学と看護倫理（7.5credits）

Quality Assurance and Evidence-Based Nursing 高い質が保障され根拠に基づいた看護（7.5credits）

Supervision, Pedagogy and Quality improvement スーパーヴィジョン、教育学と質の改善

（7.5credits）

Theory in Science and Research Methodology 科学論と研究法（7.5credits）

これらのカリキュラムをみると、心臓病や糖尿病、認知症などが中心ではあっても医療専門職である看護師教育そのものであることが分かる。しかし、在宅ケアに焦点を当てた場合には、生活拠点である居宅を含む地域での暮らしや社会関係、社会資源とのかかわりなどを視野に入れたソーシャルワークおよび社会福祉の分野に関する知識・技術等についてはあまり重視されていない。日本の看護大学では、独自のカリキュラムとして社会福祉学などを取り入れているところもあるが、ソーシャルワークといった福祉の支援技術にまで領域を広げている大学は数少ないのではないだろうか。

高齢者をはじめ療養を必要とする人たちのケアが在宅へシフトしていくことを見据えて、在宅生活を支援する専門職には看護や介護およびソーシャルワークを含む「ケア・ソーシャルワーク（Care-socialwork）」の知識・技術を身につける教育が不可欠ではないかと思われる。

２．デンマークにおける在宅ケア専門職の教育

デンマークは福祉先進国として知られているが、早い時期から民主主義教育が推進されてきた国でもある。民主主義の基本原理である「自由・平等・連帯・共生」の理念に基づいて、人間の自由と尊厳を大切にし、お互いの人格を認め合い、人権を尊重することの重要性が認識された上で、社会福祉政策が推進された国であるといえる。

（1）デンマークの高等教育

デンマークにおける教育プログラムは、義務教育期間の 9 年を過ぎると多様な高等教育機関が用意されている。日本の高等学校にあたる青年教育機関は、①3 年コースのギムナジウム（Gymnasium：STX）、②2 年コースの高等教育試験課程（HF）、この学校へは職業経験を経たり、年齢を重ねてから大学や専門学校への進学を目指す人たちが入学する。③3 年コースの高等技術系教育試験課程（HTX）、④3 年コースの高等商業教育試験課程（HHX）の 4 つのタイプがある。

また、3 年間コースで介護・医療分野の職員になるための基礎教育である SOSU がある。この他に、4 年間を要する職業教育（EUD: Erhvervsuddannelse）コースと、同じく 4 年間の（2 年間は学校で学び、後 2 年は職場で働きながら学ぶ）商業教育（HG）がある。

高等学校への進学は約 45％で、その後さらに上級学校を志望する者が進学する。入学試験はなく、本人の希望と教師の評価により進路が決まる。高等学校に進学しないものは、自分のなりたい職種が学べる専門学校に通う。この職業別の専門学校は全ての職種にわたってあり、あくまでも個人の希望が尊重され各自の個性を活かした高等教育が受けられる制度になっている。

大学へは、医師・弁護士・エンジニア、高校教師等を志望する者が進学し、上級専門学校へは国民学校の教師・ソーシャルワーカー・看護師・福祉施設職員等を志望するものが進学する。いずれも入

学金や授業料は無料で、奨学金の支給がある。大学など上級学校への進学時も入学試験はなく、高等学校卒業後に職場経験や海外留学・国民高等学校などへの在籍した実績がポイント加算されて入学できる。

(2) 在宅ケア専門職の養成

デンマークでは、1990 年に成立した社会保健基礎教育法（Grundlaeggende social-og sundhedsuddannelse）によって、介護・看護・保健の教育体系が統一された。その際に、SSH（Social og Sundhedsjaelper: 社会保健ヘルパー）および SSA（Social og Sundhedsassistent: 社会保健アシスタント）の養成内容が整備され、それらの専門職を養成しているのがＳＯＳＵ（Social-og sundheds skoleme）である。SSH は社会保健ヘルパーと訳されているが、その養成プログラム内容からみると日本の介護福祉士に相当する介護職といえる。SSH に一部の医療処置ができるための教育を加えたプログラムを修了すると SSA になることができる。SSA は社会保健アシスタントと訳されるが、業務内容は看護業務のアシスタントに相当するものである。

SSH の養成課程は、9 年間の義務教育修了後に就労実習を含む 20 週間の基礎教育プログラムを受講して合格しなければ入学できない。この基礎教育プログラムでは、介護に関する関心の高さや意欲があるか、仲間と共同して仕事に取り組むことができるか、専門的な仕事への学習姿勢が備わっているか等が判断される。資質に問題がある場合は他の仕事への進路変更や、社会経験を積んでから再挑戦することが指導される。なお、入学以前に就業経験がある人は基礎教育プログラムの受講が免除される。

SOSU への入学が許可されると、学生は自治体が経営するケアセンターやプライエム（Plejehjem: 日本の特別養護老人ホームにあたる）等と雇用契約を結ぶ。契約を結んだ雇用主は、教育期間中の学生に給与を支払うことになっている。学生たちの実習現場は、契約を結んだケアセンターかプライエムである。

＜SSH（社会保健ヘルパー）養成課程＞

SSH 養成課程は 1 年 2 カ月（2 カ月の延長可能）である。教育内容は、講義を 4 週間受けたのち実習に 2 週間行く。さらに講義を 16 週間受講し、その後に実習 26－30 週間、最後に授業を 4 週間受講して合計 55 週間(延べ授業は 24 週・720 時間、実習は 28－32 週・840－960 時間)となっている。学習内容は、その多くが身体介助や個別介助が必要な高齢者への生活支援の方法と簡単な看護業務である。科目は次のようになっている。

1) 実用的・文化的活動関連
2) 教育学・心理学
3) 社会学・社会一般
4) 看護
5) 基礎科目としてのデンマーク語、英語、自然科学

実習先はプライエム（Plejehjem）のほかに利用者の居宅があり、プライエボーリー（Plejebolig: 介護型住宅）やエルダーボーリー（Aeldrebolig: 高齢者住宅）も含まれる。実習先での試験に合格するとSSH資格の取得が認められ、在宅のみならず施設(病院を除く)等で働くことができる。

＜SSA（社会保健アシスタント）養成課程＞

SSAは医療の必要性が高い利用者の支援を行う専門職で、その養成課程の受講者の多くはSSHの勤務経験者である。1年8カ月（2カ月の延長可能）の養成期間で、講義10週間の後に実習10週間、次に講義10週間の後に一般病院での実習15週間、精神科病院での実習15週間、さらに講義6週間の後、在宅での実習8週間、最後に講義を6週間受講する。医学（精神医学、内科学、外科学等）に加え衛生学や薬理学、看護学を学び、授業科目は以下の通りである。

1）組織論、社会学、社会一般

2）文化活動関連

3）教育学・心理学

4）医学（内科学、外科学、精神医学、薬理学等）

5）看護学

6）基礎科目としてのデンマーク語、英語、自然科学

実習先は、内科もしくは外科病院、精神科病院のほかに地域ケアセンターやナーシングホームもある。SSA養成課程の修了者の多くは医療施設に勤務し、看護師の管理のもとで与薬やカテーテル交換、経管栄養や鼻腔経カテーテルによる栄養補給や静脈注射もすることができ、SSHの指導も行う。

SSH養成の実習では、実習先において学生1人に1人の実習指導者がつく。また、SSA養成の実習では、実習指導者1人に数人の学生が指導を受ける。実習指導を担当できるスタッフは、実習指導員としての教育を受けた人でなければならない。SOSU学校は、実習生の習熟度を実習指導員に連絡し、学生一人一人の現場での学習内容を検討しなければならない。また、実習指導員は学校側へ必要な教育内容やプログラムを連絡し、常に学校と現場間の連絡調整をとりながら、協力し合って養成プログラムの内容を編成していく。このように見てくると、介護の専門職を養成するため、学校と現場が一体的に協力・連携してサポートしていることがわかる。

デンマークにおける職業教育およびトレーニングプログラムは講義と実践を交互に行うサンドイッチ型であり、とくに実習に重きを置いていることがわかる。学生が専門職として現場での実践力を培っていくために、現場で学ぶことを第一にプログラムが構成されている。学生も、学びながら給与をもらっており、専門職としての自覚や責任感が必然的により強くなると思われる。しかし、デンマークでも介護職は不足しており、移民外国人がSSH養成課程を経てヘルパーの仕事をするケースも増えている。

３．フィンランドの在宅ケアと専門職養成

フィンランドの高齢者政策の目標は、具体的には高齢者が良いサービスを受けて出来るかぎり自立して暮らしていけるようにすることである。高齢者の経済的自立を図り、その自己決定権や社会参加を保障することが大切と考えられている。高齢者政策の中で最も重要視されているのは、所得保障と社会サービスの充実である。高齢者のケア（社会・保健サービス）については 1982 年に制定された社会福祉法がすべてのサービスを包括している。高齢者ケアについての政策は、1980 年代より施設から在宅への転換が強力に行われ、1990 年代の地方分権後に在宅ケアへの重点化がより進展した。

フィンランドでは 9 年の義務教育（7 歳から 15 歳）を経た生徒の 9 割以上が進学し、高等学校（2010 年で義務教育修了者の 54.5%）あるいは職業学校（2010 年で同じく 38.5%）へ入学している。高等学校では大学進学を目指す生徒に普通科教育が行われている。高等学校（場合によって職業学校）で 3 年間勉強した後、生徒は国が行う大学（あるいはポリテクニックと呼ばれる高等職業専門学校）入学のための一般的な資格基準である大学入学資格試験を受けることが出来る。

大学は理論と研究のみの教育であるため、看護師の資格を得るための看護実践教育はポリテクニックで行われる。大学では修士コースが準備され、ポリテクニック修了者は修士の学位を取得するために大学へ進むことができる。ポリテクニックから大学へ進学する場合 40 単位（約 1 年）が免除される。ポリテクニックへは高等学校と職業学校の卒業生がほぼ半々入学してきている。

いっぽう、高校レベルの職業学校プログラムは 160 余りの資格が網羅され、3 年間で基礎的な職業資格が取得できる。貿易と産業、社会福祉と保健など学習プログラムの幅は広く、職業資格の取得には、どれも 6 ヶ月間の実務教育が必要となっている。

フィンランドでは社会保健医療サービスにおける中等職業訓練教育の改革も行われ、1993 年にラヒホイタヤ（lahihoitaja）教育が開始された。ラヒホイタヤは lahi（身近な）と hoitaja（世話をする人）の意味を持つフィンランド語で、practical nurse と英訳されている。しかし、フィンランドのラヒホイタヤは、看護師というより看護・介護・養育など幅広い社会保健医療分野における専門職として認知されている。

その社会的役割の重要性もあり、当初 2 年間であった養成期間は 1999 年の改正で 3 年間に延長された。全コースは 120 クレジット（1 クレジット＝40 時間）あり、1・2 年で数学、化学、フィンランド語、スウェーデン語等の一般教養科目（20 クレジット）、選択教養科目（10 クレジット）と職業基礎科目として以下の 3 科目を修了しなければならない。

1）成長への指導と援助（講義・演習 12 クレジット＋実習 4 クレジット）

2）介護と看護（講義・演習 14 クレジット＋実習 8 クレジット）

3）リハビリ援助（講義・演習 7 クレジット＋実習 5 クレジット）

これら 3 科目（全 50 クレジット＝2000 時間）を修了した学生は、3 年目で以下の 9 つの専門課程のどれか 1 つを選択し、より専門的な学習を行う。各専門課程は 40 クレジット（講義・演習 26 クレジット＋実習 14 クレジット）で 1600 時間となっている。

1）児童・青少年ケア教育

2）顧客サービス・情報管理

3）高齢者ケア障害者ケア

4）障害者ケア

5）口腔・歯科衛生

6）精神衛生、依存性中毒ケア

7）救急ケア

8）リハビリケア

9）看護・介護

専門課程の学科と実技試験に合格した学生は修了証明書を取得できる。ラヒホイタヤの資格は、あらゆるケアワークの仕事に使えるため、高齢者施設に勤めた後に精神障害者施設で働いたり、あるいは保育園で働くこともできる。また、国から資格者に EU 加盟国で通用する追加証明書も発行されている。

卒業要件の実技試験に重点が置かれており、教育内容でも実習に力が入れられている。1・2 年次の実習は養成機関である学校が、実習現場に学生一人当たり 8.5 ユーロ支払って指導をしてもらう。3 年次の実習は、実習先の施設等が学生に賃金を支払うようになっている。実習現場には指導の責任者がおり、実技試験の成績も現場責任者が行う。

現在では、フィンランドのケアワークはラヒホイタヤが中心的存在になっている。その多くは自治体が雇用しているフルタイム労働者で、フィンランドの 4 大労働組合の一つである SUPER というケアワーカーの労働組合もある。ラヒホイタヤの 9 割以上が女性であるが、賃金、雇用形態、教育、健康問題等の労働条件や労働環境についても安定しており、離職率も低いとのことである。しかし、とくに高齢者介護の領域などは新卒の若い学生が少なく、ほとんど中高年女性によって担われているのが現状である。

４．ノルウェーのケア専門職

ノルウェーでは、6 歳から 10 年間の義務教育（Grunnskole）がある。義務教育期間は 1997 年に 9 年間から 10 年間に拡大された。7 年の小学校（Barneskole）と 3 年の中学校（Ungdomsskole）を経て、後期中等教育課程の高校へ約 9 割が進学する。高校では 1 年生になった時点で職業科コースもしくは普通科コースを選択する。1 年目の基礎課程（Grunnkurs）が終わると、上級課程（Vidaregaande kurs）に進む。上級課程の職業コースは 9 つのコースに分かれている。

1）建物・建築

2）デザイン・工芸

3）電気・電子工学

4）保健・福祉

5）メディア・コミュニケーション

6）農業・漁業・林業

7）レストラン・食品加工

8）サービス・輸送

9）機械・工業

1 年生で保健・福祉を専攻し、2 年生で 1 年間の基礎課程（Sosialfag）を経ると、3 年生の上級課程（Helse-arbeiderfag）1 年間がある。上級課程を修了後に福祉現場で見習いとして訓練を受ける 1 年間の実習がある。2 年間の講義（1・2 年生）と 2 年間の実習（3 年生＋見習い 1 年）という 2+2 モデルは 1994 年から導入されるようになった。実習段階に入ると、受け入れ先の福祉施設や病院との雇用契約が結ばれ、最終年度で試験に合格すればその仕事をすることができる資格（Helth-fagarbeideren）を取得して、正式に職員採用されることになる。

ノルウェーでは､医療･保健や福祉サービスが基本的に行政および国の責任のもとで行われており、高齢化が進んでいるため高齢者介護のニーズも高いという理由から、保健福祉分野の職種は安定職といわれている。しかし、ノルウェー人の若い世代は保健福祉職を嫌う傾向があり、現在、資格を取得すれば正規の職員として採用される可能性の高い保健福祉職は、手堅い安定職種として多くの移民 2 世の就職先となっている。

５．カナダのケア専門職と教育カリキュラム

カナダの教育制度は州ごとに異なっており、ここではブリティシュ・コロンビア州を例にとって見てみる。義務教育期間は、6 歳から 17 歳までの 12 年間で、初等教育期間（Elementary Education）が 7 年間、中等教育期間（Secondary Education）が 5 年間である。その後に進学するものは、高等教育機関としての大学、短大、専門学校等へ入学する。

高齢者との直接的なケアの実践を提供する人の大半は、ヘルスケアアシスタント（HCA ; Health Care Assistants）と呼ばれている。これらの人たちは、住み込みケアアテンダント（RCA ; Resident Care Attendants）、パーソナルサポートワーカー（PSW ; Personal support Workers）、コミュニティヘルスワーカー（CHW ; Community Health Workers）、および継続的ケアアシスタント（CCA ; Continuing Care Assistants）などと呼ばれることもある。

(1) HCA（Health Care Assistants ヘルスケアアシスタント）資格

ここでは、義務教育を修了後に 2 年間の専門学校教育を受けて資格を取得する、ヘルスケアアシスタントについて見ておきたい。なお、カナダにおける長期療養ケアは、有資格の実践看護師（LPN ; Licensed Practical Nurse で日本の准看護師に相当するとされる）と登録看護師（RN ; Registered Nurse で日本の正看護師に相当するとされる）があたっている。

LPN の資格を取るためには 2 年制の看護専門学校におけるディプロマ（Diploma Nursing

Program）あるいは同じく 2 年制看護短大で準学士（Associate Degree Nursing Program）を取得する必要がある。また、RN は 4 年生の看護大学において学士（Baccalaureate Nursing Program）を取得しなければならない。多くの大学は、学士号を取得したいディプロマや準学士修了者で RN の資格を希望する人には編入学制度を導入している。

LPN の業務は、薬の投与や包帯の取り換え、アセスメント評価などを含む基本的な看護業務である。また、RN は看護業務のほかに、看護の仕事を取りまとめる監督者の役割を担うことが多い。

カナダでは州ごとに HCA の教育方法が様々である。そのため、雇用に際して求められる資格も州ごとに異なっている。ブリティッシュ・コロンビア州では、公的資金による長期ケア施設で働くことを望む人は、ケアアシスタントとしてケアエイドレジストリー（Care Aide Registry）への登録をしなければならない。ここへ登録をするためには、申請者が承認されたヘルスケアアシスタントプログラム（Health Care Assistants Program）の修了者でなければならない。しかし、パーソナルケア提供者のための教育も多様であり、プログラムの期間も約 500～800 時間まで幅がある。

ブリティッシュ・コロンビア州は、2010 年にカリキュラムが改正され、現在、このプログラムは州全体の公共および民間の高等教育機関で共通の内容となっている。プログラムは、最低でも 750 時間の教育が必要とされ、理論と演習で 475 時間、および臨床経験としての現場実習 275 時間が含まれている。その詳しい内容は以下のとおりである。

＜理論・演習コース＞

・ヘルスケア概論（実践のための概念・・健康と癒し）（70 時間）
・ヘルスケア実技への導入（30 時間）
・対人援助コミュニケーション（50 時間）
・ライフスタイルと選択肢（30 時間）
・個別ケアの方法①（一般的な健康課題について）（115 時間）
・個別ケアの方法②（認知的または精神的課題について）（60 時間）
・パーソナルケアと支援（120 時間）

＜現場実習コース＞

理論・演習コースに加え、学生は在宅での生活支援や地域の診療所などでのケア実習を 60 時間行う。さらに、専門的な認知症ケアを含む複合的なケア実習を 210 時間行う。これらの全プログラムを終了した卒業生は、以下のような仕事をすることができるようになる。

1. 一人ひとりのサービス利用者の個性を尊重する、人間中心型のケアや支援を行うことができる
2. サービス利用者の身体的、心理的、社会的、認知的および精神的な福祉を促進するケアや支援を提供するために、情報に基づいた問題解決アプローチを使用することができる
3. 認知的および/または精神衛生上の課題をもつ人々のためのケアや支援を提供できる
4. 効果的な協力関係および目標達成に貢献する方法で、他の医療チームのメンバーと連携できる

5. 明確かつ正確に相手の立場を配慮しながら、在宅利用者や家族とコミュニケートできる
6. 安全かつ有能で、組織的な方法によって個人的ケアと支援を提供できる
7. 人々の自己啓発、学習や健康向上に関するニーズを理解し、それに応える
8. 利用者のニーズに対応し、業務に責任を持ち、かつ説明責任をもつ専門職としての方法で介護者の役割を実行する
9. 複雑な健康上の課題がある利用者のためのケアと支援を行うことができる

HCA は、長期ケア施設に入所している高齢者などに日常生活上の個別的支援を行う。具体的には入浴、衣服の着脱、保清（身だしなみを整える）、食事、移動等の介助などがある。専門的な看護業務は LPN もしくは RN が行う。看護師は、在宅介護を受けている人への看護ケアプランを作成し、治療や服薬の管理を行い、ケガ・傷などの手当をし、患者のニーズを医師に伝えたりする。長期ケアの場合、LPN は在宅介護を受けている人への看護を行い、RN はさらにそれを監督する役割を担っている。例えば、HCA は 6 人から 8 人の在宅介護を受け持つが、LPN は 30 人から 40 人くらいの人たちに対して専門的な看護業務を行っている。RN になると、80 人から 100 人くらいの人たちへの管理的看護業務の責任を負う。

多くの高等教育機関では、学生たちが一定内容を取得した修了証や実務経験によってクレジットを受け取り、次の段階へ進むことができるプログラムを提供している。たとえば、ブリティシュ・コロンビア州にあるカモーソン・カレッジ（Camosun College）では、HCA に 7 カ月間の教育プログラムを提供している。HCA として 850 時間の研修を終えた学生は、LPN になるためのプログラムを 8 カ月間受講することができる（LPN の養成には通常 12 カ月必要なところ、8 カ月に短縮される）。そして、さらに 1～2 学期間学んでクレジットを取得すれば大学看護学部卒業の資格を得ることもできるようになっている。

◎カモーソンカレッジの HCA 養成プログラム（技術と能力に関する一覧表）

・個別ケア（起床後の洗顔や着替え、食事、入浴、就寝のための着替えや見守りなど）
・歩行介助（普段は車いすの人が 1 日 1～2 回程度歩く訓練をする際の介助）
・服薬など（飲み薬、坐薬、点眼液、点耳液、貼り薬）　・死後ケア
・クライアントの状況観察と報告　・ケアの優先順位を見分ける　・ケアプランに従う
・ヘルスケアチームのメンバーを適切に活用する　・標準の予防対策に従う　・手洗い
・手袋着用　・隔離予防対策に従う　・口腔衛生　・陰部洗浄　・身体保清・着衣介助
・入浴介助（バスタブ入浴、シャワー、寝台入浴）　・基本的なスキンケア　・体位変換
・足の循環を良くする靴下を装着する　・ボディメカニクスに従う　・移乗介助
・ベッドメイキング　・歩行機器の介助（歩行器、杖）　・車いす使用の介助
・簡単な栄養食の準備　・食事介助　・摂取量と排泄量の観察と記録　・排泄トイレ介助
・便器・小便器の使用　・失禁介助　・適切な報告と記録　・クライエントを施設に入所させる

・リフト機械の使用　・コンドームカテーテル（装着型吸尿器）の適用
・検便の回収　・カテーテルケアの提供　・尿排水バッグの処理　・検査用尿の回収
・身長・体重測定　・腸トレーニングの介助　・浣腸や坐薬の管理　・体温測定
・ストーマケアの介助　・脈拍測定　・呼吸測定　・認知症患者とのコミュニケーション
・バイタルサイン（血圧を除く）の報告と記録
・酸素吸入器を使っている人の介助（酸素吸入量の調整は LPN もしくは RN が行う）
・精神的・認知的な問題を抱える患者とのコミュニケーション

◎HCA 養成プログラムに含まれている追加概念

・ケアリング（Caring）　・ケアプラン（Planning of Care）　・個人中心のケア
・基本的な人間のニーズ　・人間の成長　・多様性　・問題解決力と批判的思考力
・自己回想　・法的及び倫理的責任　・HCA の役割　・対人コミュニケーション
・ホリスティックヘルス（Holistic health）　・ライフスタイルの選択
・人体の構造と機能　・認知症および他の認知的障害を持つ人へのケア
・一般的な健康問題を抱える人へのケア　・終末期ケア　・メンタルヘルス

６．在宅ケアを担う専門職の養成

上記のように、福祉先進国といわれているスウェーデン、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、およびカナダにおける、在宅ケアに関する介護･看護専門職の教育制度およびプログラムを見てきた。これらの比較調査から、とくに次の 3 つの内容が特色として挙げられるのではないだろうか。

（1）義務教育後の中等教育段階における専門職教育の徹底（北欧 4 カ国）
（2）在宅ケア領域における「看護」と「介護」の連続的かつ一体的な統合
（3）移民等で流入してきた人たちなど多国籍介護職の増加

（１）義務教育後の中等教育段階における専門職教育の徹底

北欧 4 カ国では、義務教育修了後の進路で、実践的な職業技術を身につけることを主たる目的とした職業教育に力が入れられている。16 歳以降から始まる専門職教育についてはレベルごとに基準が設けられており、第一段階としては基礎課程を修了した後に一定期間の現場経験を積む実習が課されている。その後に第二段階として、さらなるスキルアップを目指した応用課程が設けられている。全課程を修了するためには 3 年から 4 年間の時間を要し、それらをすべて履修して必要単位を取得すれば一定の資格が与えられ、職場における給与、地位あるいは職位にも反映される。

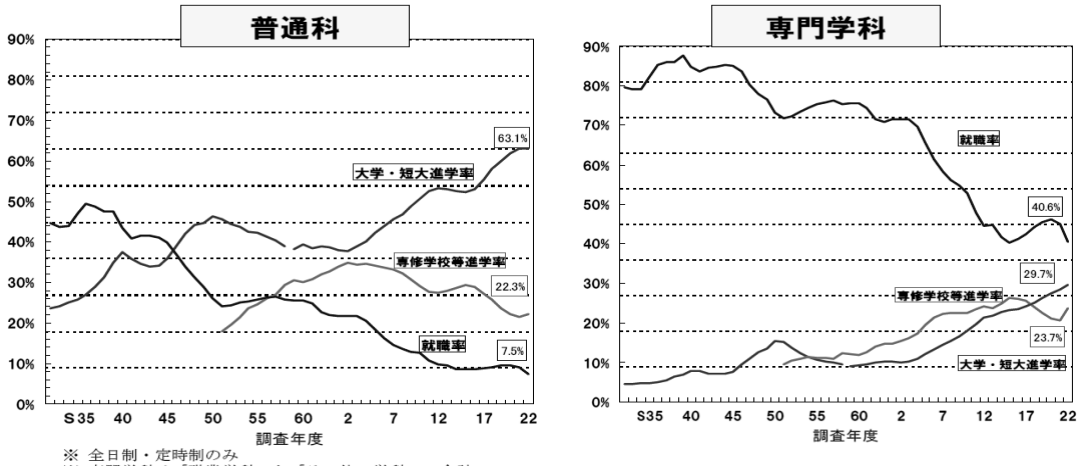
北欧 4 カ国の施設ケアあるいは在宅ケアにおいては、施設長やサービス責任者となるのは看護師であり、看護師資格はどの国においても大学を修了しなければならない。しかし、本人に能力と希望が

あれば、介護職や看護アシスタント職など誰もが看護師になるチャンスを得られる教育プログラムが用意されているという条件は 4 カ国ともに整備されており、学びたい人には国が学費を給付するという制度も共通している。

日本では、2010 年度で高等学校生徒数の約 7 割が普通科、約 2 割が職業科に学んでいると文部科学省から報告されている。職業科で最も多いのが工業科の 7.9%、次いで商業科が 6.6%であり、看護科は 0.4%、福祉科は 0.3%にとどまっている。

また、図 3－1 のように職業科へ進学する生徒数は年々減少するとともに、職業科から就職する生徒が 40.6%まで減少しているのに対して、専修学校（23.7%）および短大・大学（29.7%）へ進学する者は合計で 53.4%に上っている状況である。

図 3－1　日本の高等学校（普通科・専門科別）卒業後の進路の変遷

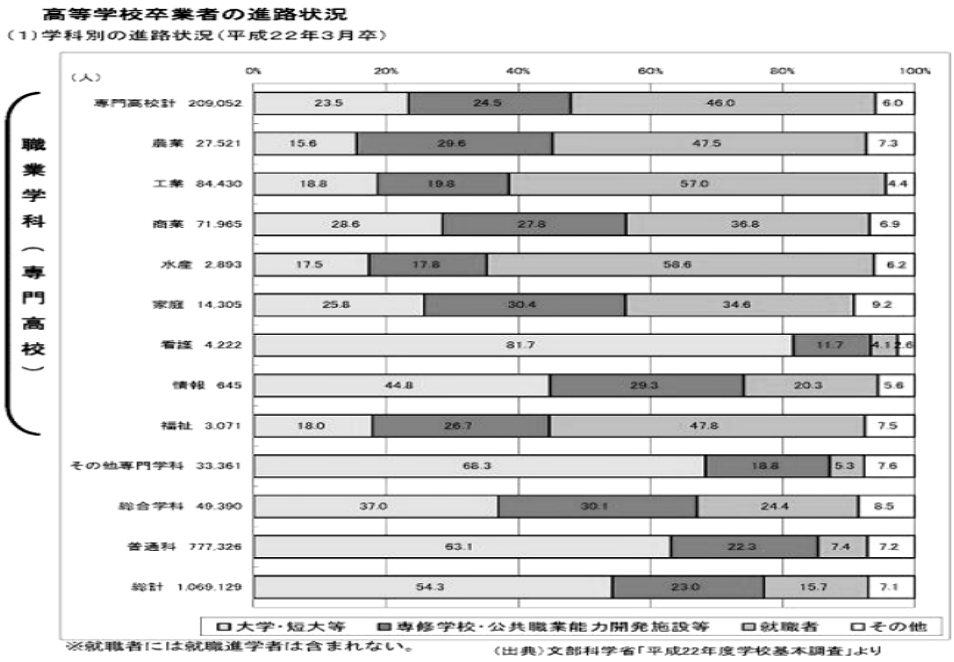


※ 全日制・定時制のみ
※ 専門学科は「職業学科」と「その他の学科」の合計
※ 「大学短大進学率」は、昭和58年度以前は通信制への進学を除いており、厳密には昭和59年度以降と連続しない。

（出典）文部科学省「学校基本調査」

現在、日本の高等学校福祉科では、3 年間の福祉科教育を修了し全 52 単位（1 単位 35 時間：全 1820 時間、その内 13 単位 455 時間が実習）を取得した場合に、介護福祉士になるための国家試験受験資格が得られる。しかし、介護福祉士養成のために必要とされる 1800 時間（うち実習は 450 時間）の専門科目カリキュラムを、現状の高等学校段階で実施することはかなり難しくなっている。そのため、多くの学生は高校を卒業してから専門学校あるいは短期大学・大学等で 2～3 年間の専門科目カリキュラムを修了した後に介護福祉士となる資格を取得している。

図 3－2　日本の学科別高等学校卒業者の進路

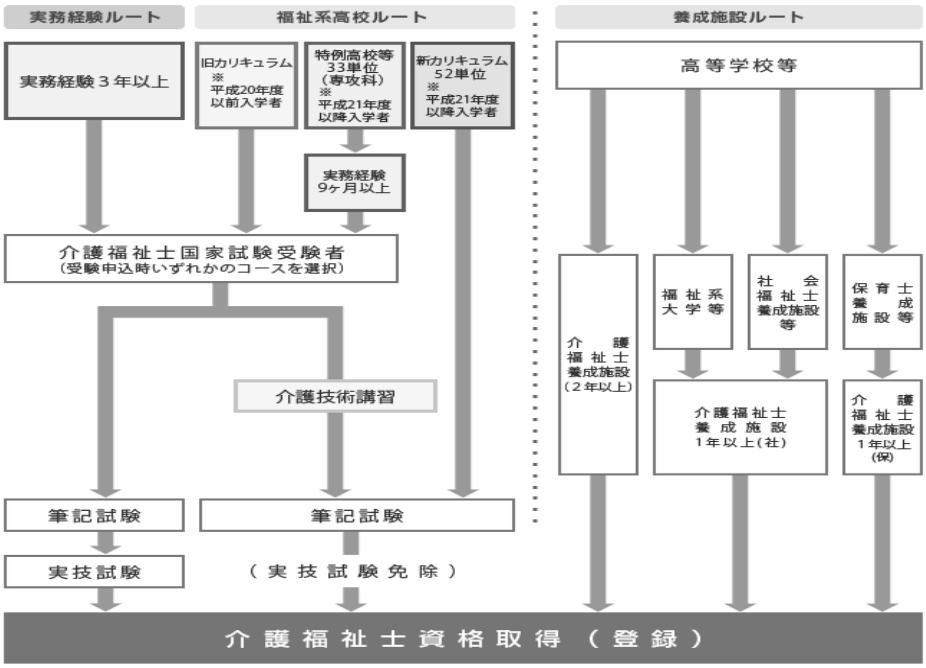


一方、高等学校看護科の場合は、3 年間では准看護師資格に必要な 1890 時間（うち実習 735 時間）を組み込んだカリキュラムを組み込むことが困難になったため、現在は高校卒業後に 2 年間の専攻科を含む 5 年間一貫教育の体制がとられている。そのため、図 3－2 のように高校看護科の生徒の 93% は大学・短大あるいは専修学校へ進学している。ちなみに看護師資格を取得する場合には、3 年間で全 3000 時間以上（うち実習 1635 時間）の専門職教育を受けなければならない。

現在、日本では国による介護福祉士養成の促進を目的とした「介護福祉士等修学資金貸付制度」が実施されている。この制度で学生には月 5 万円の学費補助および入学準備金 20 万円、就職準備金 20 万円が貸付される。この制度では、介護福祉士養成校を卒業してから 3 年以内に介護福祉士の資格を取得し、かつ修学資金の貸付がされた都道府県内の福祉施設等で介護業務に 5 年間従事した場合は、貸付された総額の返済が免除される。

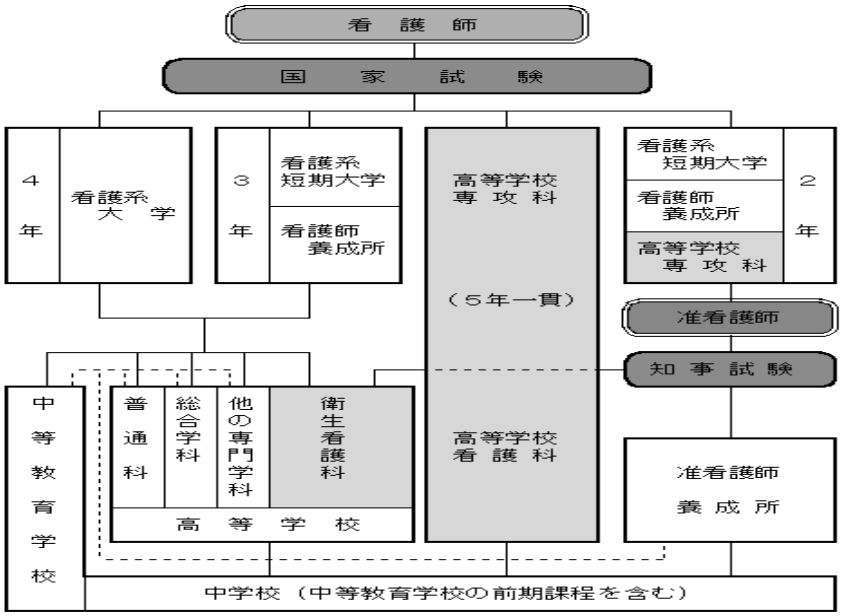
看護師養成に関しても、ほとんどの都道府県が「看護師等養成奨学金制度」を設けているが、奨学金額や要件等は地域性などを含め様々である。また現在は、独自の看護師養成奨学金制度を設けている市町村や病院も数多くある。介護及び看護に関する専門職の養成については、現行の奨学金制度の継続が不可欠であり、さらに社会人が再就職あるいは転職する場合にも生計を支援する給付金制度が設けられることが望まれる。

図 3－3　介護福祉士資格取得ルート



（出典）㈶社会福祉振興・試験センター　資格取得ルート図

図 3－4　看護師（准看護師）資格取得ルート



（出典）　文部科学省　「高等学校における看護教育」

専門職教育の開始時期については、国の諸状況や教育システムの内容によって状況が異なるため、北欧諸国における中等教育レベル(高等学校レベル)から強化される専門職業教育システムをただちに日本へ持ってくることは難しいと思われる。現代の日本では、むしろ高等学校段階までに人文科学、自然科学、文化・芸術など幅広い分野の知識・教養を身につけるための基礎学力を強化し、高校を卒業した高等教育レベルから専門職教育を徹底していくことのほうが現実的なように考えられる。

現行の日本における介護福祉士養成プログラムは、高等教育レベルにおける専門職養成として原則的に 2 年制の専門学校あるいは短期大学における教育が主流である。介護福祉士は実習を含む 2 年間の教育を修了するか、実務経験 3 年の後に国家試験に合格すれば国家資格が取得できる（2015 年より介護福祉士養成校修了者も国家試験に合格してはじめて介護福祉士になることができるようになる）ことから、1989 年から始まった介護福祉士登録者数は 2010 年までに 86,989 人にまで増加している。しかし、介護福祉士資格を取得して福祉施設や事業所等に就業しても、賃金の低さや勤務状況の厳しさなどの理由で離職する者も多く、2011 年 8 月に（財）介護労働安定センターが公表した介護労働実態調査で、2010 年の介護労働者の離職率は 17.8%であり前年に比べて 0.8 ポイント上昇している。

このような状況から、介護専門職の養成においては、その専門性の質の向上を目指すとともに業務の社会的評価を上げていくことが必須である。社会的評価の向上のためには、介護専門職の業務が名実ともに専門的教育を受けた人でなければ行うことができない業務独占に相当するものとして、広く社会に認められる必要があると思われる。しかし、介護専門職業務の基本である「生活支援」は、人々の毎日の生活の場面で日常的に行われるため、その専門性を認識することが難しい側面がある。そのため、専門職による介護の効果は、家族やボランティアなどによる介護と明らかに異なるという点を、根拠やエビデンスに基づいて多面的に検証していくことも重要である。

（２）在宅ケア領域における「看護」と「介護」の連続的かつ一体的な統合

デンマークの SSH（Social og Sundhedsjaelper）と SSA（Social og Sundhedsassistent）の教育プログラムには、介護から看護へと連続する業務内容が含まれていた。スウェーデンでも、主に介護業務を担うアンダーナースと看護業務を行うナースがいるが、ともに在宅ケアのスタッフとして業務に携わり、アンダーナースの経験がナースの資格取得に考慮されるといった連続性がある。ノルウェーの保健福祉職（Helth-fagarbeideren）は、何種類かの看護業務研修を受けることができ、試験に合格すれば一部の看護業務を行うことができるとともに業務に伴う報酬を得ることができる。

このように見てくると、北欧諸国では「介護」と「看護」が連続しており、「ケア（Care）」という言葉で統合されているようである。とくに、ハード面が整備された病院や施設より、在宅において療養生活や要介護生活をしている人たちにとっては、介護と看護が統合された「在宅ケアサービス」の提供が適切に行われることが重要である。そして、それは基礎的な身体介護など生活支援技術から、専門的な一部の医療業務まで行うことができるケア専門職が果たすべき重要な役割なのである。

日本では 2000 年に介護保険制度が導入され、現在、介護保険が適用される福祉施設や訪問看護ス

テーションなどに勤務する看護師も少なくない。介護の現場では、看護師と介護職の業務分担の確認、および連携が重要とされている。看護領域と介護領域は、その業務内容に関する区分が法律上で定められており、看護師の業務は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 5 条によって、「医師の指示のもとで傷病者などの療養上の世話又は診療の補助を行う」と規定されている。

一方、介護福祉士は、社会福祉士及び介護福祉士法第 42 条第 1 項の登録を受け、「専門的知識及び技術をもつて、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を業とする」と規定されている。これまで介護の現場では、医療的行為である痰の吸引などが、本来は違法であるにもかかわらずやむを得ない事情によって行われてきた現状があった。こうした状況から、2003 年には ALS 患者に対して、2005 年には ALS 以外の在宅療養患者や身体障害者に対する痰の吸引が「やむを得ない措置」として認められることになった。さらに 2010 年には特別養護老人ホームの介護職員による痰の吸引および経管栄養が一定の条件下で行うことが可能となった。

2011 年 6 月には「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案を含む）が国会で成立した。この結果、2012 年 4 月から介護福祉士および介護福祉士以外の介護職員等（認定特定行為業務従事者：一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定）による、痰の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と、経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）が法的に認められた行為（業として認められた）として実施されることになった。

このことによって、介護職の一部の医療的行為が法律違反でなくなることは歓迎すべきであるが、医療的行為とされる業務を行うことができるための研修を修了した介護職には、何らかの資格が付与され、かつ行われた医療的行為に関する報酬が確保されるのかどうかという点については未だ結論が出ていない。介護専門職の専門性を明確にし、その業務独占性を確保していくためにも、介護現場で日常的に必要とされる医療的行為が介護専門職に解禁されることと並行して、その業務に関する専門技術の認定や報酬への反映が不可欠であると思われる。

介護と看護の業務が連続的かつ統合的につながっており、傷病や高齢、障害等の状況に合わせた個別的、専門的ケアが提供されることで、患者や高齢者、障害者などの療養生活の安心や安全が保障されることになる。このことは、それらの人たちのケアニーズに応えるだけでなく、その生命や生活、さらには人権を守る重要な機能を果たすものである。つまり、介護については看護と一体化された統合的な概念としての「ケア」としてとらえる必要があり、ケアを担う専門職に託される仕事は、ケアを必要としている人たちの生命のみならず生活、さらに人生をも支えていく重要な機能を持つものである。

それは、一人一人の human life を支えていくだけでなく、すべての人の human rights を守るものでもある。この考え方を踏まえ、北欧において実施されている在宅ケアサービスのしくみは、サービス提供の方法のみならず、ケア専門職養成に関する内容についても日本に多くの示唆を与えるものとして参照すべきものである。

（３）移民等で流入してきた人たちなど多国籍介護職の増加

高齢社会の進展により、とくに高齢者介護の分野におけるマンパワーの不足から、移民によって介護労働力を補充している国が増えている。先に挙げた北欧 4 カ国をはじめ、イギリス、ドイツ、イタリア、ギリシャなどヨーロッパ諸国や、カナダも多くの介護労働者移民を受け入れている国として知られている。

カナダでは、1990 年から現在までに約 10 万人の外国人介護労働者(そのほとんどがフィリピンからの移民)を受け入れている。カナダ政府には移民を対象とした「住み込みケアギバープログラム (living in caregiver program）」が設けられている。これは、高校卒業以上の学歴があり、一定の介護に関する研修(学校等で 6 カ月以上のフルタイム研修が必要)を受けた人、あるいはフルタイムの有給介護労働者として 12 カ月働いた経験がある人であれば、住み込み介護労働者として 2 年間カナダ人家庭に住み込みで働くことができるプログラムである。

この 2 年間の住み込み就労が終われば、カナダでの永住権が得られるとともに、その後はどの職種で働くことも可能になることから、毎年プログラムの申請を希望する人が後を絶たない状況である。日常会話としての英語が自由に話せることが要件となっているため、フィリピンからの移民希望者が圧倒的に多くなっている。しかし、就労に関しては身分保障がなく、入国後 3 年以内に一定の雇用実績がないと強制的に自国へ送還される規定もある。こうしたことから、フィリピン移民の人たちが様々な搾取や差別にさらされている状況が問題化していることも事実である。

移民労働者に関しては、総じて失業率が高い途上国から、相対的に豊かな先進国へ労働力が安く提供されているという構図がある。その場合でも、北欧諸国における移民政策では、高福祉国家として移民の人たちにも広範な政治的・社会的権利を付与してきたといえる。例えば、ノルウェーでは表 3-1 のように、移民人口が 1995 年から 2010 年までに約 3 倍に増加している。ノルウェー日本国大使館の発表によれば、2009 年から 2010 年度の移民総数は 36,600 人、うち労働移民が約 38%、家族移民が約 31%、難民等の人道的観点から保護の必要があるとされた移民が約 14%である。

労働移民の 3 分の 2 が EEA（European Economic Area）加盟国の中東欧 EU 諸国からであり、その半数がポーランドからの移民である。2009 年の家族移民は 13,700 人で、出身国はポーランド、タイ、ドイツ、ソマリア、イラクが多い。難民申請者数は 17,200 件に上り、ノルウェーはヨーロッパでリヒテンシュタイン、マルタに続く第 3 番目の難民申請者を数える国となっている。難民申請者の主な出身国は、アフガニスタン、エリトリア、ソマリア、パレスチナ、イラクなどである。

表 3－1　ノルウェーの人口及び移民人口（比較）

	全人口	移民人口		
		移民 1 世	移民 2 世	移民合計（%）
1995 年	4,369,957	186,039	29,009	215,048(4.92%)
2010 年	4,920,305	459,346	92,967	552,313(11.23%)

（出典）ノルウェーデータ 2011 Statistics Norway 2011 より

こうした積極的な移民の受け入れに対して、ノルウェー政府は移民の人々ができるだけ早くノルウェーの労働市場や社会に参加でき、平等な機会を得られるように様々な社会統合のプランを実施してきた。ノルウェー語の教育は、だれでも無料で受けることができるようになっていたが、2005 年 9 月以降にノルウェーへ移住した人たちには、ノルウェー語教育 250 時間およびノルウェー社会教育 50 時間の計 300 時間を受講することが義務付けられた。これらのプログラムへの受講は、永住権や国籍取得の際の要件となっており、自治体の判断により最大 3000 時間までの受講が認められている。

ノルウェー政府は、ここ 10 年間で移民と非移民との間で、重要な生活諸基盤の格差が薄まってきていると発表している。しかし、OECD による貧困調査測定法に従うと、非移民の長期的貧困リスクがほぼ 1%であるのに対し、移民の場合は 8%、難民は 10%となり、いまだに格差のあることが報告されている。それでも、移民の子どもが幼稚園に通う率が上昇しており、義務教育入学時のノルウェー語能力の改善や社会的技能の上昇も認められている。さらに、16 歳から 19 歳の移民 2 世の就学率・就業率は、ノルウェーの人口全体と同水準にあり、2009 年には、移民生徒の 96%が義務教育修了後に直接高等学校へ進学していることが分かっている。

これら移民 2 世の就学や就業に関して、保健福祉職（Helth-fagarbeideren）として介護の仕事に就くものが多いことは先に述べたとおりである。北欧諸国における介護職は、各国の社会保障制度によって少なくとも正規職員であれば身分保障がされており、その賃金や待遇については相対的に高いとはいえないまでも、高齢化が進む社会においてニーズが高いことから、安定的な仕事として移民 2 世の人たちには人気がある職種である。しかし、ノルウェーでも依然として、非移民の人は介護の仕事を敬遠しているという現状がある。介護の仕事については「人々の人権を守るための重要な役割を果たす専門業務である」ということを、ノルウェーのみならず世界の人たちが認識するように強く働きかけていくことが必要である。

一方、日本では、2008 年 7 月に調印された日本・インドネシア経済連携協定（EPA: Economic Partnership Agreement）、および同年 10 月の日本・フィリピン経済連携協定によって、介護労働を担ってくれる人材を外国から確保する取り組みが実施されることになった。しかし、看護師あるいは介護福祉士に関する国家資格の取得が要件となっており、日本語の壁が思いのほか高いために国家試験の合格率が極めて低く、多くの候補者が日本での就業を容易に実現できない状況である。

当初、フィリピンからの看護師・介護福祉士候補者は 2 年間に 1000 人（看護師 400 人、介護福祉士 600 人）を受け入れる予定であった。しかし、表 3−2 のとおり最も多かった 2009 年で 310 人の来日があったが、3 年間で 438 人にとどまっている。一方、EPA 以外のルートで日本に入国し、介護関係の仕事で福祉施設等に働く外国人はすでに存在しており、その多くは日系人あるいは日本人を配偶者に持つ外国人である。

日本の外国人労働者の受入制度は、一定の要件を満たす場合に在留を許可する方法となっている。具体的には、「出入国管理及び難民認定法（以下、「入管法とする」）」第 7 条第 1 項に規定する上陸のための条件に適合するかどうかを審査した上、適合していると認定したときは第 9 条に基づいて在留資格及び在留期間を決定して上陸が許可される。

表 3－2　EPA によるフィリピン人看護師・介護福祉士候補者受け入れ状況

		看護師候補者	介護福祉士候補者		合計
			就労コース	就学コース	
平成21年度	入国人数	93	190(10)	27	310(10)
	入国日	H21.5.10	H21.5.10 (H21.5.31)	H21.9.27	
	就労・就学開始日	H21.10.29	H21.11.11 (H21.6.10)	H22.4	
平成22年度	入国人数	46	72(2)	10	128(2)
	入国日	H22.5.9	H22.5.9 (H22.6.8)	H22.9.26	
	就労・就学開始日	H22.10.29	H22.11.11 (H22.6.17)	H23.4	
平成23年度	入国人数	70	61(1)	－	131(1)
	入国日	H23.5.29	H23.7.18 (H23.6.8)	－	
	就労・就学開始日	H23.11.17	H24.1.19 (H23.6.17)	－	
累計	入国人数	209	323(13)	37	438(13)

注：(　)内は、協定に基づく6ヶ月間の日本語研修の免除者（日本語能力試験N２（旧2級）相当以上）のもの。人数は内数。
注：平成23年度の介護福祉士候補者の就学コースは、募集しないこととなった。

（平成23年7月18日現在）

（出典）厚生労働省「日・フィリピン経済連携協定に基づくフィリピン人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」

入管法において認められる在留資格のうち、身分又は地位に基づく 4 つの在留資格が「永住者」、「日本人の配偶者等」、「永住者の配偶者等」、「定住者」である。つまり、「永住者」は日系 1・2 世、「定住者」は日系 3 世（未成年・未婚・被扶養者については 4 世まで）のことをいう。これらの人たちは、入管法上で国内における就労活動の制限がない。1990 年から施行された改正入管法により、従来は日系 1・2 世に対してのみ与えられていた在留資格が、日系 3 世たちにも「定住者」が認められることになり、ここ 20 年間の間に日系人の入国者数が急増した。

しかし、日系人とはいえ言葉の壁がないわけではなく、必ずしも入国後の就業先等が確保されていないため、入国後に厳しい生活・就労環境に置かれる人も少なくない。また、就労制限がないことから、その多くが派遣・請負事業者の下で、日本人労働者の平均賃金と比較してより低い賃金で使用されている場合が多い。独立行政法人労働政策研究・研修機構の「日系人労働者の就労実態調査結果（平成 22 年 10 月 15 日）」によれば、日系労働者のうち健康保険ないしは国民健康保険に加入している者の割合は 64.2%、厚生年金あるいは国民年金の加入者は 56.8%にとどまっている。

もともと人手不足がいわれてきた介護分野においても、日系人や日本人の配偶者などの外国人雇用が増えてきている。社会事業大学社会事業研究所の稲葉宏氏が 2008 年末に行った約 8000 の高齢者施設（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、群馬県、栃木県、静岡県、愛知県、京都府、大阪

府、兵庫県内の特別養護老人ホーム、および老人保健施設）を対象とした調査で、回答があった約 2800 施設では、外国人介護職員を雇用したことがあると答えた施設が 465（16.6%）であり、雇用された外国人介護職員の数は 978 人にのぼった。出身国について回答があった 825 人の内訳は、フィリピン人 381 人（46.2%）、中国人 214 人（25.9%）、韓国人 93 人（11・3%）である。また、在職状況は回答があった 835 人のうち、在職中が 481 人（57.6%）、退職している人が 354 人（42.2%）である。雇用形態については回答があった 833 人のうち、常勤雇用が 192 人（23.0%）、非常勤雇用が 451 人（54.1%）となっている。

EPA の場合は、フィリピン等からの人材を雇用する場合に、彼らが介護福祉士の国家資格を取得しなければならないという高いハードルがあるが、日系人等であれば無資格であっても介護職として雇用することが可能である。しかし、これらの人たちが未熟練の補助的労働力のまま、介護施設等の人手不足を解消するために低賃金で雇用され続けることは避けなければならない。施設の中には、外国人介護職を対象にしてホームヘルパー2 級さらに介護福祉士資格の取得を目指した研修の受講を促しているところもあるが、彼らには日本語による記録・報告書の作成などの教育が優先され、介護に関する専門研修にまで至らないケースが大半を占めている。

しかし、日本人から敬遠されがちな介護の仕事を自ら希望して雇用された外国人たちのマンパワーを、非専門的労働のままにしておくことは惜しむべきことである。介護領域に限ったことではないが、日本の労働市場の現状において外国人労働者に対しては、あくまで一時的な採用という認識が一般的であり、人事面などで彼らを適切な評価によって昇進させていくといったキャリアパスはほとんど未整備の状態である。単に安い労働力としてのみ外国人労働者をとらえ、長期的な受入れのみが促進されるなら、いたずらに社会の二層構造化を加速することになるだけである。

日本に受け入れるべき高い能力や意欲を持つ外国人が、日本の労働市場に魅力を感じ、その業務に熱意を持ってとどまるためには、外国人も日本人と同等にその能力・識見を評価されるべきであり、またその能力に見合った報酬・処遇が与えられるべきである。そのためには、本人の努力もさることながら、外国人を受け入れるにあたって必要かつ十分な教育研修の体制が整備されていなければならない。とくに専門的な職業人の養成は、専門的な知識や技術を習得させるだけでなく、培われた優れた能力を十全に発揮できる雇用環境が整備されて初めて結実するものである。

介護職を目指す人に関していえば、介護を受ける人たちの人権が守られるためにも、一定の水準を越えた知識や技術等の教育研修を受けた専門職として業務が遂行されなければならない。移民と非移民の差別なく、必要であれば語学や生活習慣・文化等の教育研修も併設される必要がある。こうした移民に対する雇用促進を目的とした教育環境の整備は、ノルウェーをはじめとする北欧に学ぶところが大きい。

おわりに

以上のように、これからの高齢社会を担う在宅ケアの専門職を養成するにあたって、北欧などに学ぶように現場実習に力点を置く徹底した専門職教育のもと、その専門性の質の向上を目指すとともに業務の社会的評価を上げていくことが必要不可欠である。社会的評価の向上のためには、介護専門職の業務が名実ともに専門的教育を受けた人でなければ行うことができない業務独占に相当するものとして、広く社会に認めらなければならない。介護専門職業務の基本である「生活支援」は、人々の日常生活場面で日ごろの生活に違和感なく行われることが最上の技術であるため、その専門性を認識することが難しい側面がある。そのため、専門職による介護の効果は、家族やボランティアなどによる介護と明らかに異なるという点を確かなエビデンスに基づいて多面的に検証し、その結果を広く社会に訴えていくことが必要と思われる。

また、介護と看護の業務に関する連続的かつ一体的な統合は、傷病や高齢、障害等の状況に合わせた個別的、専門的ケアが提供されることで、第一に患者や高齢者、障害者などの療養生活の安心や安全を保障することにつながるものである。これは、それらの人たちのケアニーズに応えるだけでなく、その生命や生活、人権を守ることでもある。介護と看護は一体化された統合的な概念である「ケア」としてとらえ、ケアを担う専門職に託される仕事は、ケアを必要としている人たちの生命のみならず生活、さらに人生をも支えていく重要な機能を持つものとして理解されなければならない。ケアは一人一人の human life を支えていくだけでなく、すべての人の human rights を守るものであるという考え方に基づいて、いまいちど「ケア専門職」の養成についての考え方や内容、方法などについて議論をしていく必要があるのではないだろうか。

最後に、移民の受け入れ問題については国際的な問題を含み、今後も先進国を中心として様々な協議等が行われると思われる。しかし、介護に関して言えば「世界のどの国に住んでいても、どこの国の人から介護を受けることになっても、すべての人々が人権を守られ、その人なりの生活を幸せにおくることができる」ことを目指して、国際社会に共通したケアの基準を確立していくことが必要である。そして、その基準を越える知識・技術・能力・資質等を備えた専門職の養成が、これからの高齢社会に必要不可欠なのではないだろうか。

【参考文献・資料】

1) 海外情勢報告 2008～2009「スウェーデン」2010 年『世界の厚生労働』

2) 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 23 年法律第 72 号）2011 年 6 月成立

3) 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案を含む）2011 年 6 月に国会成立

4) 遠藤慶子「介護福祉士スウェーデン実地研修についての一考察」2006 年『田園調布学園大学紀要』第 1 号

5） 介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第二条の二第一項第二号、第二項第 一号並びに第二号イ及びロ並びに第四項　「訪問介護員に関する省令」

6） ㈶介護労働安定センター「介護労働実態調査」2011 年 8 月

7） 泉田信行「カナダの現状：看護師の教育・登録・業務範囲を中心に」2011 年『海外社会保障研究』№174

8） 増田ユリヤ『教育立国フィンランド流教師の育て方』岩波書店 2008 年

9） 稲葉宏「景気悪化後の首都圏における在日フィリピン人介護職員の就労実態と課題」2010 年度社会事業大学社会福祉研究大会　分科会「在日外国人および日本人介護未経験者を対象とした教育・研修システムの開発」2010 年 6 月 27 日発表

10）加藤敬之「高校におけるキャリアの準備とキャリアの選択－ノルウェーを念頭において」2010 年技術・職業教育学研究室研究報告『技術教育学の探求』第 7 号

11）厚生労働省「介護給付費実態調査（平成 20 年 10 月審査分）」

12）厚生労働省医政局長通知「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて」（医政発第 70324006 号）2005 年 3 月 24 日

13）厚生労働省医政局長通知「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめ」（医政発 0401 第 176 号）2010 年 3 月 31 日

14）厚生労働省「日・フィリピン経済連携協定に基づくフィリピン人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」http://www.mhlw.go.jp

15）厚生労働省医政局長通知「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（医政発第 717001 号）2003 年 7 月 17 日

16）浮田千枝子「高齢者ケアの質の向上に向けてースウェーデンの高齢者福祉の現状、日本の高齢者福祉のこれからー」2006 年群馬松嶺福祉短期大学『福祉と人間科学』第 7 号

17）社会福祉士及び介護福祉士法第 42 条第 1 項の登録

18）㈶社会福祉振興・試験センター　ホームページ　http://www.sssc.or.jp

19）出入国管理及び難民認定法（入管法）第 7 条第 1 項

20）Bjorn Magne Aakre「職業教員養成－ノルウェーの事例－」2008 年技術・職業教育学研究室研究報告『技術教育学の探求』第 5 号

21）田中智子、村田順子「スウェーデンにおける介護予防事業」2008 年『日本建築学会学術講演梗概集』

22）高橋聡美、濃沼信夫「スウェーデンにおける看護・介護システム」2006 年『看護展望』Vol.31 No.8

23）独立行政法人労働政策研究・研修機構「日系人労働者の就労実態調査結果」2010（平 22）年 10 月 15 日

24）井口泰「日本における労働市場・労働力移動」2009.12『学術の動向』

25）駐日ノルウェー大使館ホームページ「ノルウェーの教育制度」 http://norway.or.jp

26）駐日ノルウェー日本大使館「ノルウェーデータ 2011 Statistics Norway 2011」 http://norway.or.jp

27）奥山正司、菅原國恭「デンマーク人の生き方と高齢者福祉」2008 年長寿社会グローバルインフォメーションジャーナル『海外高齢者事情』

28）山田ゆかり「デンマークにおける医師と看護師の役割分担」2011 年『海外社会保障研究』№174

29）塩田咲子「デンマークの社会福祉保健養成学校を訪ねて」2006 年『地域政策研究（高崎経済大学地域政策学会）』第 9 巻第 1 号

30）青木真理、谷雅泰、三浦浩喜「デンマークの若者はどのように進路選択するか」2010 年『福島大学総合教育研究センター紀要』第 8 号

31）筒井澄栄、石川彪「ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成」2010 年『海外社会保障研究』№172

32）北川邦一「ノルウェーの高等学校」2003 年『大手前大学社会文化学部論集』第 3 号

33）諸葛正弥『フィンランド教育　成功のメソッド』毎日コミュニケーションズ 2009 年

34）笹谷春美「フィンランドにおける介護者の確保育成策」2009 年度厚生労働科学研究『介護者の確保育成策に関する国際比較研究』

35）伏木久始「北欧デンマークの教育に学ぶこと」NHK 学園『世界発信』2006 年 5 月号

36）保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 5 条

37）文部科学省　「高等学校における看護教育」 http://wwwmext.go.jp

38）文部科学省ホームページ　「高等学校教育」　http://wwwmext.go.jp

39）岡伸一「EU における医療従事者・介護労働者の養成と就業」2009 年『季刊社会保障研究』Vol.45No.3

40）SOSU　SJAEL　LAND 資料　Overview of Danish Education System http://eng.uvm/dk

A Study about Training programs of Home Care Services for the Professionals

Based on Case Studies of Four Nordic Countries and Canada

Michiko Ishida

Abstract

I had tentatively concluded the following three points based on case studies of four Nordic countries (Sweden, Denmark, Norway, Finland) and Canada.

(1) We should recognize a valuable skill of care professionals who had finished the thorough site training scheme, and the salary should be reflected the skills.

(2) Nursing and care-giving services should be integrated into a continuous work. As in the educational system, the integration should be adopted practically.

(3) The immigrant issue should be taken into urgent consideration. I firmly believe a necessity of establishing the international standards for care professionals and unified criteria in care training programs for all future benefit-recipients who will be looked after by any care professionals from anywhere in the world.