

国際化する介護人材養成の課題と論点

小川 全夫 *Takeo OGAWA*

(公財) 福岡アジア都市研究所 特別研究員

■**要旨**：アジア共通の課題である要介護高齢者増加に対応する介護人材確保とそのための養成という課題に対して提起できることはなにか。日本における介護人材養成の特異性を脱して、国際的に耐えうる養成プログラムの開発とそれを担う人材の訓練を担う国際的介護人材のトレーニングセンター構想を検討する。

■**キーワード**：介護労働、養成プログラム、国際移動、人口高齢化

1. 課題

少子高齢化が進み、生産年齢人口が縮小する日本では、要介護高齢者の増加と介護人材の確保難が今後ますます進むと予想される。この事態に備えて、介護人材を国際労働市場からも確保する必要が高まっている。しかし国際労働市場における介護人材の質の標準化は整っていない。要介護高齢者の質と量、介護人材養成の質と量が、それぞれの国で違っているために、政策立案者や事業経営者の認識もまだ共通するものにまでにはなっていない。しかし、事実上、国際的な介護人材の確保競争は激化している。欧米のみならず東南アジアや中近東などでも介護人材の確保が大きな課題になっているのである。そのため、介護人材の質の標準化を図りながら、国際的移動を円滑にする対策を講じる必要がある。

2014年8月6日みずほ銀行産業調査部は「アジアにおける介護関連サービス市場の状況および日系企業による進出可能性の考察」を発表した。これを参考に自由民主党は2016年5月31日「アジア健康構想に関する提言」を発表し、政府官邸は7月19日、これを受けて「アジア健康構想に向けた基本方針」を打ち出した。そこでは、政府間協力と民間事業への支援を通じて、アジアからの介護の技能実習生制度や在留資格に「介護」を付け加えることが明言さ

れた。そして2016年11月これらに関する法が成立した。

日本学術会議社会学委員会福祉職・介護職育成分科会は2011年に「提言 福祉職・介護職の専門性の向上と社会的改善に向けて」を公表した。「福祉職や介護職の社会的待遇を改善し、同時に養成教育や継続教育のもとでキャリアパスを確立する」ことを目的として、「ジェネリックな介護福祉士の資格を基礎として、領域や機能別のスペシフィックな専門介護福祉士資格と、他の介護職のスーパービジョンを行い、事業所のマネジメントができる管理介護福祉士の資格」について提案している。

そこでは、介護職の確保ができない現状を、①国家資格保持者が介護職に就業していないこと、および②離職率が高いのは労働条件の低さにあるとして、専門職性を高めるキャリアアップの整備を提言している。①については、介護福祉士の中で実際に従事しているのはわずか27万人、36%に過ぎないこと、②については介護職の離職率は18.7%と一般労働者の離職率14.6%（2008年）よりも高いことを指摘している。

能力と訓練に関しては、介護福祉士資格保持者以外の大多数の介護職員は、民間資格であった訪問介護員（ホームヘルパー資格）を取得して働いていた

が、今はこの制度は廃止されている。これに変えて、介護職員初任者研修という制度があり、研修時間 130 時間で、雇用される職員となれるようにしている。この介護職員も実務経験をもって、450 時間以上の訓練を経て介護福祉士の国家試験受験が認められている。

他方で、介護養成機関で教育訓練を受けて介護の国家資格である介護福祉士になるためには、2 年間で 1800 時間以上という長期の訓練が求められている。日本学術会議社会学委員会福祉職・介護職育成分科会は、介護職のキャリアアップのために、より専門性の高い介護福祉職を養成すること、施設と地域の両方の場面における介護活動を担えること、ジェネリックな介護福祉士の資格を基盤として、領域や機能ごとにスペシフィックな専門介護福祉士の資格を設定すること、介護福祉士のキャリアパスを形成していくためには、管理介護福祉士といった資格についての検討をすること、大学での介護福祉の指導者になる人材の養成、大学院での介護福祉教育のリーダーを養成していくことの必要性を指摘し、行政は労働条件の改善を図り、教育機関や専門職団体は専門職としての資質をよりいっそう高める努力をし、雇用機関や施設事業所は職務体系の整備とふさわしい賃金体系の構築に取り組むべきだと提言している。

だが、現場では、そうした専門職性を高めることで、介護職員の量的確保を図ることは難しいとみている。海外の有識者の中には日本の介護職員には過剰な訓練を要求しているとみる人もいる。また、介護の技能実習生受け入れも始まろうとしている現在、専門性にばかり焦点を合わせているだけでは、課題に応えることはできないのではないかという疑問が残る。

こうした点を踏まえて、日本の実態をみると、国際的介護人材確保をめぐる課題は 4 つある。

まず第 1 に、日本は E P A（二国間経済連携協定）という枠組みの中で、看護師および介護福祉士候補者を受け入れている。インドネシア、フィリピンに続いてベトナムからもこの枠組みでの介護人材の移動が始まっている。この枠組みは、いわば単純労働

者の移住を受け入れないという日本政府の原則を守りながら、日本の専門職としての看護師と介護福祉士という分野での外国人を受け入れてみようというものである。候補者として日本に来たインドネシア人やフィリピン人やベトナム人たちは、日本の看護師や介護福祉士の国家試験を合格することを要請され、合格しなければ帰国することとなっている。

だが、日本語で国家試験を受けなければならないという過酷な要求に応えられる候補者は少なかった。候補者たちは、来日してから病院や施設等で働きながら受験の準備をする期間は、研修なのか、就労なのかははっきりとしない特定活動査証での滞在許可となった。おそらくこの枠組みでの受け入れは、かかるコストの高さに比べると、決して成果を十分にあげているとはいえない。しかし日本政府はいったん受け入れを始めた以上は、新しい自由貿易協定が締結されるまでは、EPA の枠組みを堅持しつつ、微調整を図り続けるほかないだろう。

2016 年の法改正で介護技能実習生の導入が始まるが、これはあくまでも実習であり、雇用労働ではない。これを間違えると実習生も受け入れた施設も不法行為に問われる。また 5 年間の実習が終われば母国に帰国することが条件になっているので、母国にその技能を生かして働く場がなければならない。職域開発についての国際協力が合意されていなければ、技能実習は名目でしかなく、労働時間の搾取でしかないという批判にさらされるだろう。

第 2 に、E P A の枠組み以外でも、すでに多くの韓国や中国からの留学生たちが、日本の社会福祉学部や介護の専門学校・短大などで学んで介護福祉士資格を取得している。しかし、日本の介護福祉士の資格は、世界のどこにも認証されていない独自の資格であるために、留学生が母国に戻ってその資格で働ける職場はない。また卒業後、日本でその資格を持って働こうとしても、日本の就労できる査証のカテゴリーの中には介護がないために、日本で働く機会がなかったが、これは今回の法改正で改善された。

原則としては、資格の相互認証という方法が、この課題を解決する方法であるが、たとえば、韓国の介護人材に関わる療養保護士の資格は、日本の民間

資格であるホームヘルパー2級をモデルにしたものといわれており、日本の介護福祉士と同等な扱いをすることにはならない。中国の国家職業分類にある養老護理員という資格はあっても、実際にこの資格を持つ人は少なく、護工といわれる市や省独自の資格で働く人が多いので、相互認証できる状況にはない。今後の国際的な調和化が必要となる由縁である。

第3に、日本にはすでに日系人や日本人と国際結婚した配偶者など、就労については日本人と同じように自由が認められている在日外国人が数多くいる。その中には介護職員としてすでに就労している人々もいる。その場合、必ずしも看護師や介護福祉士のような国家資格を取得しなくても、比較的簡単な旧のホームヘルパー資格や介護職員初任者研修を受けさえすればいいということになる。政府としては、この課題については、いずれ介護福祉士という国家資格に一元化することを考えているが、それは第1の課題と同じように、門戸は開放したようにみせかけながら、事実上は外国人介護人材を排除するという逆機能を果たしてしまうことが懸念される。

第4に、世界的に自然災害等に脅かされる事態が頻発している。現在の国際的な被災者支援活動は、救出活動と救急医療看護活動とインフラ復旧活動などに向けられているが、人口高齢化に伴って高齢者の被災が大きな課題になっている。そこで、避難時、避難所、仮設住宅などの場面での国際的な高齢者介護の方法を確立する必要がある。高齢者介護の分野で先駆的に取り組み、災害などへ事態に取り組んだ

経験の多い日本は、この面でも国際的な介護支援のノウハウを持った人材の養成に貢献することが期待されている。

2. 世界の介護人材確保政策比較から見る日本の特徴

OECDは2011年に「Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care」という報告書を発表し、先進国に於ける介護人材養成問題について注意を喚起しているが、この問題は決して先進国のみが需要国というわけではない。むしろ中進国といわれるような地域も巻き込んで介護人材の需要が増大している現状がある。

国際的な介護人材の送り出し国側では、国内における労働市場の開発が追いつかずに国際的な労働市場を取り込むという国策による支援もあって、国際的介護人材需要が高まることを歓迎する傾向にあるが、発展途上国でも国内的に見るとこうした人口の少子高齢化は着実に進んでいるために、いつまでも国内における介護労働市場確立の課題を放置して、海外需要にばかり力を入れてよいわけではない。むしろ今後は海外で習得した介護技術を自国内に戻して、国内介護需要に応える努力も視野に入れておかなければならないだろう。

OECDの報告書は、まず家族介護者に依存することがますます難しくなるけれども、なお家族介護者を支援するための手当政策、選択性と柔軟性によるよりよいワーク・ライフ・バランスの促進政策、

表1 各国の介護労働確保政策

	補充政策	公的訓練	賃金改善	労働改善	地位向上	管理改善	職歴創造	労働資格	労働計画	維持政策
日本	○		○	○	○			○		
韓国	○		○	○	○			○		
独	○	○	○	○	○	○		○		
仏	○	○	○	○	○	○	○			
和蘭	○					○			○	○
英	○	○			○	○	○	○	○	○
米	○	○			○	○	○	○	○	○
豪	○	○					○			○

家族介護者に対する支援サービスの導入政策が必要であると述べている。

その上で、介護人材の供給と維持を改善する戦略について論じている。介護が労働集約的でありながら、労働条件が悪く、長く労働し続けることなく離職率が高いことが問題である。この状況を解決するためには、海外からの介護人材を含めた補充の改善策、離職を防止する介護労働者維持策、および介護労働の生産性向上策が必要であるとしている。とりわけ労働生産性に関係して、「専門職化」と柔軟に入職しやすくする努力とが矛盾する事態が生じることを指摘している。

費用を伴う介護であるから、その財政の工夫がいっそう必要となる。介護保険制度はそのひとつである。さらに、最も介護ニーズの高い所への絞った支給をする政策、将来予測を重視する政策、リバース・モーゲージや生命保険と介護保険の組み合わせといった財政手法の開発政策が提起されている。

そして、かける費用にふさわしい介護を作り出すために、在宅介護と地域介護の促進策、介護の生産性向上、健康な老後と予防策、医療と介護の適切な利用促進策、制度的な効率性への対応策が必要だとしている。

日本は利用者のフリーアクセスを保証する普遍主義的（包括的）な福祉システムにもかかわらず、ノルディック諸国に比べるとそれに関する支出を低く抑えている。GDP比で2007年は1.4%にとどまっていた。しかし2050年には4.4%に達すると予測されている。とりわけこれから2025年までの伸びが速くなると予想されている。そして、日本はドイツ、オランダ、ルクセンブルグ、韓国とともに社会保険としての介護保険制度を運営している。この制度の下で、2006年には65歳以上人口の9.8%が在宅介護、3%が施設介護を受けていた。将来にむけて、要介護状態になることを予防するプログラムを実施しているのも特徴である。介護予防のプログラムは、体力維持、精神衛生、口腔衛生、栄養指導を含んでいる。2007年日本の正規の介護労働者数は65歳以上人口1000人当たり推計で5.4人とされる。非正規の介護労働については法的定義がない。2050年までには

アメリカ・カナダと同じように介護労働の求人倍率は2倍に増加すると予想されている。そして、介護従事者の誘致と離職防止のために事業主への賃金助成という政策を展開している。

OECD諸国の中で、日本や韓国は、労働力の補充政策、賃金改善、労働改善、地位向上、労働資格といった点に重点的に取り組んでいるといえる。

日本では正規の介護労働者の年次有給休暇、育児休暇、出産休暇、労働災害補償は、労働基準法で保護されている。介護労働者は資格制度に基づき最低限の職業訓練を受けなければならない。経験のない労働者を雇用するサービス事業者には雇用と教育について補助金を支給する報奨制度がある。

各国ともに外国人介護労働力の導入対策には頭を痛めている。カナダはLive-In Caregiver Programmeという枠組みで移民が永住権を獲得できるようにしている。2008年には約1万3000人がこの枠組みで入国している。イスラエルには2009年5万4500人の介護労働者が入国している。永住権は付与されない。これらに対して、日本は二国間経済連携協定の枠組みで、フィリピン・インドネシア・ベトナムから看護師・介護福祉士候補者を受け入れ始めてきた。

介護労働生産性の向上への取り組みについては、カナダの遠隔ホームケア・イニシアティブがある。そこでは、利用者の自己管理能力向上や職員満足度の増進を図る取り組みがなされている。また、オランダのヘルスケア革新プラットフォームでは、介護調整を画面上のコミュニケーションで行ったり、ビデオとセンサーによるモニタリングを実施したり、ICTと家庭オートメーションを推進するといった取り組みがなされている。

3. 介護人材に関する論点の整理

介護人材の確保に関する検討を進める上での論点を整理すると下記ようになる。

- (1) 介護人材は家族介護者中心か介護労働者中心か
- (2) 介護人材は福祉職か医療職か
- (3) 介護人材のターゲットは高齢者か障がい者か
- (4) 介護人材の適格能力 competence は学歴か実務経験か

- (5) 介護人材の資格は無等級制か複数等級制か
- (6) 介護人材訓練カリキュラムは、長期プログラムか短期プログラムか
- (7) 介護人材訓練はヒューマンサービス中心か労働生産性中心か
- (8) 介護人材養成は専門職からかトレーナーの訓練からか
- (9) 介護人材養成は、日常業務型か緊急時対応型か

3.1. 介護人材は家族介護者中心か介護労働者中心か

日本では、介護保険導入時に、家族介護者に対する支援をめぐって、大きな転換を果たしている。それまで実際に要介護高齢者を支えてきたのは家族介護者が大多数であった。そこで、当初はドイツと同じように要介護高齢者に対する現金支給の道も開いて、要介護高齢者が望む場合は、介護サービス事業者や専門的な介護サービス提供者だけでなく、家族介護者にその現金を支払うこともできるようにすることを政府部内では考えていた。

しかし、このような家族介護者依存の状態を温存することは、介護労働市場の成立と、その中での介護労働者の労働条件整備にとって、阻害条件となり、介護人材の専門性を確立することはますます難しくなると同時に、女性が家族介護者として固定化することにつながるという強い批判を受けて、基本的に介護保険制度では現金支給を取り入れないシステムとなった。しかしそれは逆にサービス事業者の成立が困難な地域で家族介護者にしか頼れないケースを取り残すことになりかねない事態を生み出したので、家族介護者がホームヘルパー2級資格を取得し、社会福祉協議会に登録して、自分の老親だけでなく他の要介護高齢者にも介護サービスを提供する場合には、介護報酬の対象とする道が開かれた。しかし、現実には、多くの家族介護者は無償労働に留め置かれ、仕事を辞めて親の介護をしても所得補償はなく、他人に介護を委ねるとそこにはお金が流れるという事態に、家族介護を代替する介護保険サービスという認識を強めてしまった。

当初の制度は、必ずしも介護保険制度は家族によ

る介護を完全に代替する機能とは考えておらず、家族介護を補完する機能として設計されていた。要介護認定された高齢者のうち大多数は家族による介護にとどまると想定されていたのである。しかし、実際には要支援や要介護度の低い高齢者のサービス利用が予想以上に多くなるという結果になった。家族介護者は、自宅で老親の介護をすることのメリットを見い出せずに、家族介護を外部化する傾向を強めたのである。そこで介護保険の1回目の改正期には、要支援高齢者の介護予防という新しいサービス分野を作り出し、地域支援事業という枠組みの中で、介護保険者（市町村）の任意事業として家族支援事業に用意して、なんとか急増する介護サービス利用者の急増を抑え込む方針が打ち出された。さらに現下の介護保険法ではこれらの事業を市町村事業に位置づけ直している。

ドイツでは、家族介護者という概念を必ずしも血縁者だけに限定しないで、隣人や友人をも包摂する考え方を取っており、家庭内での労働を市場労働と同じように扱おうとする努力をしている。そこで、介護保険制度でも、現物支給方式だけでなく、要介護高齢者に現金支給できる方式を設け、その現金を家族、隣人、友人に支払うことができるようにしている。介護者が休息・休暇、病気、その他の用事で介護ができない場合は、年に最長4週間現物給付で支援できる仕組みも用意されている。さらに家族介護者はさまざまな社会保障給付の権利を持っている。外国人の介護人材についても、この枠組みの中で受け入れられるようになっている。要介護者のいる世帯では、3年以内の期間で社会保障加入義務のあるフルタイム労働者として家事労働を行うHaushaltshilfeの場合は連邦雇用庁と出身国（ブルガリア、ルーマニア、スロベニア、ハンガリー、ポーランド、スロバキア、チェコ）の公共職業サービス機関との取り決めにより就労が仲介されている。

さらにドイツは、仕事と介護の両立支援策「家族介護期間 Familienpflegezeit」を打ち出して、家族を介護する労働者は、最大で2年間、労働時間を最大半分（50%）に短縮することができ、その間給料はフルタイムの時の75%をもらうことができる仕

組みも 2012 年 1 月 1 日に発効する。このようにドイツの高齢者介護に関わる介護人材確保策は、市場労働での介護労働確保策一本ではなく、家族介護者支援策も同時に多様に展開しているといえる。

アメリカの動向を 2011 年のハワイ調査で見ると、Kupuna Care というプログラムが注目に値する。これは、高齢者局 (EAD) が所管する事業である。自宅で過ごしたいという高齢者の生活支援のための介護人材養成プログラムである。高齢者の入浴、衣服着脱、トイレ、移動、歩行、食事の介助などをする家族、ボランティア、有償労働者などの訓練をするものである。ハワイ大学傘下の Kapiolani Community College では、この介護人材養成のために、Elder Pal、Personal Care Assistant、Home Care Assistant、Dementia and Alzheimer's Disease Training という 4 種類のプログラムを提供している。Elder Pal は、いわば在宅高齢者のためのボランティア養成講座である。25 時間のコースで、高齢者の日常動作の見守りと最低限の手助けができるようにする目標がある。受講料は 150 ドルかかる。この講習を修めた人は高齢者の家庭やアシステッド・リビングといわれる有料老人ホームなどで、高齢者の交際や安全保持や生活支援を担うことができる。Personal Care Assistant は、Elder Pal の修了者がさらに 150 ドル払って、25 時間の訓練を受けて、日常生活動作の面で手助けを必要としている人の最低限から中程度の手助けを直接行うことができるようにする訓練コースである。Home Care Assistant は、Personal Care Assistant 修了者が、さらに 200 ドル支払って 35 時間の講習を受けると看護師の指示に従って、日常生活動作の面で中程度から高度の困難を持っている高齢者に直接サービスを行う（在宅介護）を担うことができるようになる。このコースでは医療や慢性病の知識も修得することが求められる。Dementia and Alzheimer's Disease Training は、Elder Pal/Certified Nursing Assistant 修了者が 90 ドル支払って、15 時間の認知症介護研修を受けられるというものである。この研修を受けた人は、実際の認知症高齢者の介護を補助することができる。

韓国では、より強く家族介護者の高齢者介護責任を求めている。韓国の長期療養保険制度における保険給付は、在宅給付と施設給付の現物給付に加えて、特別現金給付がある。特別現金給付は、島・へき地等、施設が極端に不足している地域における家族介護者への給付である「家族療養費」、指定外の施設で療養を受けた場合の「特例療養費」、老人専門病院等に入院した場合の「療養病院看護費（つきそい看護費）」が検討された。そして家族療養費は、地理的な条件以外に、認知症の要介護者であって本人が外部のサービスをこぼみ家族の介護を希望するなど、身体・精神上の理由から在宅サービスの利用が不可能な場合も対象とされた。

中国では、要介護高齢者を家族や、近隣や、家族に雇用された人が介護することが一般的であり、施設等に入所させることには、まだまだ抵抗が強い。そうはいつても次第に一人っ子世代の親の世代が高齢期に達して、要介護状態に陥ることが想定され、市場経済の動きが急であるために、家族介護者に介護を依存することが次第に難しくなっていることも事実である。こうして公共サービスの分野でも老年公寓といわれる有料老人ホームを含む民間サービスの分野でも、現在は介護人材確保を市場労働に依存する傾向を強めている。しかし家族介護を基本とする方針は堅持されると見込まれる。

インドネシアでは、介護の概念を WHO の Long-term Care の概念として受け止めているが、施設水準は日本でいう養護老人ホーム、つまり身寄りがなく、働けず、貧しい高齢者の保護施設というものしかなく、ようやく近年、高所得者用の高齢者住宅が民間企業によって作られ始めている段階である。しかし、地域によっては若者が流出し、高齢者が地域に取り残されたように暮らしているところも出ており、要介護高齢者に対する地域ケアのニーズは高まっている。そこで、インドネシア政府は、2013 年末に日本政府に対して介護人材育成策についての協力を依頼し、保健省傘下の専門学校に訓練コースを設置する準備に入っている。しかし賃金労働者の職業としての介護を構築できるかどうかという点についてはかなり課題が山積しており、プラムルク

ティという看病人や病院付添婦のような職業人の制度をもっていた地方でも、今では応募者がいなくて訓練施設も休業している実態がある。むしろ、地域保健所（プスケスマス）の下で母子保健を推進する上で効果的であったポシアンドゥという住民の保健活動組織を高齢者向けに応用したポシアンドゥ・ランシアを活用して、福祉省や家族省のプログラムと一体化しようという動きがみられる。いわゆる家族介護者や地域ボランティアの養成を中心とするコミュニティ・ケアの強化である。

このように諸外国や WHO のような国際機関は、介護人材を市場労働にのみ依存することは非現実的であるという認識に立っており、これまでの日本のような介護を職業とする人だけに任せようとする偏った政策と風潮は特異であるといわざるを得ない。この状況を打破して、介護人材を家族介護者まで対象にして確保することを考えた場合には、より多様な訓練養成プログラムが必要になるだろう。ようやく、社会保障と税の一体改革の下で、介護人材についても、等級のない団子型のマーケットではなく、等級制のあるピラミッド型のマーケットを考えて、介護の底辺を広げる策を考え始めてはいるが、専門職志向の強い業界筋はその方針転換についていけないでいる。

3.2. 介護人材は福祉職か医療職か

日本の介護福祉士資格は「福祉職」と位置づけられている点がある。日本の介護福祉士という資格は、国家資格制度で、介護福祉士を設定し、社会福祉士とともに同じ法律で福祉職として規定している（社会福祉士及び介護福祉士法 1997 年制定、2009 年改正）。

これに対して、ドイツでは、高齢者のみを対象にした資格を *Altenpfleger* として、2003 年に施行の「老人看護の職業に関する法律」で規定している。これを日本では老人介護士と訳して紹介しているが、内容的にはきわめて老人看護師といった方がよいくらいの一種の医療職である。この点はドイツでも裁判があり、連邦法の下で医療職として位置づけられることになった。

その他の国でも、高齢者介護に従事する職種を看護助手 *nurse aide* と位置づけて、医療職のひとつとしている所は多い。アメリカでは、看護師、療法士、認定看護助手 *certified nurse aide* がチームワークで介護を担っているが、高齢者介護に関する国家資格はない。多くの現場では、医療職の中で看護助手といわれる人々が高齢者介護を担っている。看護助手と登録看護師の間にはかなり厳しい境界線が引かれているが、どちらも医療職である。看護助手は、*nurse aide* 以外に、*nursing assistant*, *nursing auxiliary*, *auxiliary nurse*, *patient care assistant*, *patient care technician*, *home health aide/assistant*, *geriatric aide/assistant*, *psychiatric aide*, *nurse tech* などとも呼ばれている。これらは、国際的職業分類では、保健サービスを担う対人介護労働者というカテゴリーに入れられている（*International Standard Classification of Occupations*, 2008 revision）。

イギリスでは、同じような職業が *healthcare assistant*, *healthcare support worker*, *clinical support worker* と表現されている。カナダでは、*personal support worker* とも呼ばれている。

このようにアメリカ、イギリス、カナダにおける介護人材は、より医療職の色彩が強い職業として考えられているといえる。特に高齢者介護の人材については、*geriatric aide/assistant* という表現があるように老年医学の知識と技術を学んでいることを想定している。しかし、一般的には、さまざまな高齢者施設やサービスに従事している人々のことを、*caregiver* とか *aide* と呼び習わしている人が多く、決して統一された基準に基づいた職業となっていないといえよう。

韓国は、医療の分野ではアメリカのシステムに大きく影響を受けながら、なお韓国独自の慣習を維持してきたといえる。韓国の看護師制度はかなりアメリカの看護師を強く意識して発展してきた。最近日本でようやく看護師の医師並みの医療行為を認めようとする動きが出ているが、韓国では *community health practitioner* や *advanced practice nurse* が、アメリカの指導の下で早くから確立されている。し

かし、いざ高齢者介護の分野になると、それは本来家族が関わるべきことで、専門職の関わる領域ではないと考える儒教的な考え方があって、日本の介護福祉士のような資格制度への取り組みは遅れた。また病院には、いわゆる無資格の看病人が働いている状態である。つまり家族が看病できない場合は、家族が病院の紹介で看病人を雇用し、介護に当たらせているのである。こうした状況下で、韓国政府は長期療養保険制度の導入に合わせて、高齢者介護の人材の質を確保する資格制度を、日本のホームヘルパー2級をモデルにして構築し、これを国家資格とすることにした。それは、アメリカなみの権威を想定している看護師の業務の対象からは高齢者介護は外され、それを看病人のような非熟練の労働にまかせることもできないという事情から、新たに介護職を構築する必要があったということだろう。

韓国では各地に高齢者医療を専門とする療養型病院があり、また日本の養護老人ホームのような低所得の高齢者や児童施設を合体した社会福祉館などの複合的な福祉施設も数多くあり、長期療養保険制度が医療と福祉の両方を領域に含めながら、介護人材の質の確保を図らなければならない状況にある。それは韓国の長期療養保険制度そのものが医療保険の一部として発足しているという日本の介護保険制度と違う点も関係している。日本では療養型病床群をいずれ廃止するという方向が打ち出されている。つまり医療と介護の分離が図られ、それによって福祉職としての介護福祉士のかなり大きな業務領域を確保することにつながっているが、韓国の場合は、まだその整理を残したまま、老人福祉法に基づく福祉職として療養保護士を位置づけている状態である。この点では欧米とは異なるといえるだろう。

中国の職業分類では、養老護理員という労働法で規定された職業がある。この職業は、4等級に分かれ、それぞれにふさわしい知識と技術が規定されているが、実際にこの職業資格の取得者はきわめて少ないのが現状である。この職業の規定によれば、かなり医療福祉職といった性格を強く有している。この資格を得るために学ぶべきことも医学領域のことが多いといえる。中国では、医師の社会的地位その

ものが、欧米や日韓ほど高くなく、個人開業も認められない被雇用者でしかない。看護師もまた同じように専門職としての地位が確立しているとはいえない。

さらに中国では、高齢者の世話は家族がすることであるという社会通念がまだ強く働いている。そういう状況で、介護人材を職業人として確保するという取り組みは遅々として進んでいない。介護という他人の身体や生理に触れなければならない仕事はやりたくない仕事として受け止められており、失業者や貧困地域からの出稼ぎ者に委ねるという傾向が強い。そこで自治体ごとに独自に介護訓練プログラムを開発し、その訓練を経た人を護工という名称を与えて雇用するところが多い現状にある。

このように国際的な動向から見ると、日本の介護福祉士という資格は福祉職として際立っているが、近年、介護保険制度の運営上から、次第に看護業務と看護業務の分業の見直しを図らなければならない実態が明らかになり、これまでは看護業務に独占されていた「痰の吸引」を一定の訓練を受けた介護職にも担わせるようになってきている。今後は医師と看護師の間でも Health Practitioner とか Nurse Practitioner という既存の業務独占を超える試みが広がる可能性があるが、介護と看護の境界領域での調整も大きな課題となるだろう。

人口増加の中で分業が進み、専門職としての業務分担が複雑になりすぎた状態のままでは、今後の人口減少期に、専門職の構造的な人材確保難が生じることになるので、こうした分業の見直しは、ますます必要となってくるだろう。その行き着くところは、専門職の再統合ということになる。具体例としては、2001年から標準化されたフィンランドの「ラヒホイタヤ Lahihoitaya」がある。ここでは、専門職のすそ野を広げて、その流動性を高めるために、医療職の准看護師、精神障害看護助手、歯科助手、保母／保育士、ペディケア士、リハビリテーション助手、救急救命士／救急運転手、および福祉職の知的障害福祉士、ホームヘルパー、昼間保育士を「ラヒホイタヤ」という一つの専門職種に統合している。このような資格統合は、日本にとっても今後の大きな課

題である。

3.3. 介護人材のターゲットは高齢者か障害者か

要介護高齢者は、老化によって IADL や ADL が低下する高齢者であるという認識から、医学的な治療ではなく、できるだけ衰えていく過程を緩和することや老化による機能不全を支援することに介護の独自性を求める立場がある。このような面からの高齢者介護は、「一人暮らし」、「寝たきり」、「認知症」になった高齢者に対する介護が典型的なモデルということになる。介護保険の導入時には、中でも「寝たきり」高齢者をモデルとする介護認定の調査設計が問題となり、その後「認知症」モデルを取り込んだ調査票に修正された経緯がある。「一人暮らし」モデルは、介護保険制度の対象からは外されている。高齢者の中で介護保険制度によってサービスを受けることができる要支援・要介護の高齢者数は 450 万人を超える。これを自分たちの親世代の介護、自分自身の老後が気になりだした 40 歳以上の被保険者で支えようという制度として現在の介護保険制度は設計されている。そしてサービスを利用できるのは、65 歳以上の要介護高齢者と 64 歳以下だが老人性疾患として認定された特定疾患の患者とされている。

これに対して、要介護高齢者というのは、障がいを抱えた高齢者とみる立場がある。モデルとされるのは「脳血管障害をもった高齢者」、「骨折して歩行できなくなった高齢者」、「目や耳が不自由になった高齢者」である。このような観点からは、いずれ介護保険の被保険者を 20 歳以上までに広げて、同時に年齢にかかわらず障害者全体を介護サービスの利用者として拡大しようと構想される。それは時に普遍主義的介護論といわれている。そういう立場からすると、介護の対象は高齢者というよりも、「障害者」として一般化する方がわかりやすいということになる。現在身体障害者 366.3 万人、知的障害者 54.7 万人と推計されている。しかし、現在の介護保険制度はこのようなターゲットにサービスを提供するようには設計されていない。おそらく、もし、このようなターゲットに対する制度を設計とした場合には、現在の介護保険制度のような現物給付

(要介護者には介護サービスを利用してもらい、そのサービスを提供した介護サービス事業者に介護給付を支給する) 方式だけではなく、現金給付プラスカウンセリング(相談事業を組み合わせながら障がい者に現金を給付する)方式についての検討も余儀なくされるだろう。その他もろもろの未解決課題があるために、これまでのところ、日本の介護保険制度は、普遍主義的介護論の立場はとっていない。

しかし日本の介護福祉士資格は、普遍主義的介護論の立場にたっている。教育・訓練の内容が、障がい者介護を取り込んだものとなっているのである。そして、実際に介護福祉士の資格取得者の働く職場は、介護保険制度が適用される高齢者施設だけでなく、障害者その他の福祉施設にも開かれている。

これは、ドイツの老人介護士制度や、中国の養老護理員制度などとは異なる点である。これらは、明確にターゲットを高齢者に絞った資格としている。

おそらく、障害者をターゲットとする介護というのは、障害者自身が社会の中で自立して生活しようとする意向との間で、高齢者介護とはかなり異質な業務領域になる可能性がある。要介護認定の調査についても抜本的に見直さなければならないだろう。こうした課題を抱えているので、完全な普遍主義的介護論を実現するのは容易ではない。

しかし政府は、今後、財源確保上の手立てとして、次第に介護保険の被保険者を 40 歳以上から 20 歳以上へと増やすことを検討せざるを得ない。そうすると障がい者介護も介護保険の対象とせざるを得なくなり、介護業務の担い手の確保を織り込まなくてはならなくなるだろう。

3.4. 介護人材の適格能力 competence は学歴か実務経験か

日本の介護福祉士資格は、学歴でいえば、短期大学または専門学校卒業以上を要件としてきた。訓練時間でいえば 1800 時間となる。介護福祉士の養成校を修了すれば、国家試験が免除されて、資格が付与されてきた。他方、高校でも介護コースを修めれば、国家試験を受験することはできる。また介護業務に 3 年以上従事した人も国家試験を受験すること

ができる。だが、2015年には、介護福祉士資格取得は国家試験を合格する方法だけに一本化されることになっている。それは、これまでのような複線的な学歴要件を整理し、実務経験などの違いなどをも整理して、国家資格認証としての純化を図ったものといえる。介護保険制度の定着、介護福祉士養成の一定の成果によって、介護サービス事業所の介護保険サービス事業者としての適格要件として、介護福祉士任用基準を規定して、雇用を確保できるという見通しを立てたうえで、その質の確保を図ろうとしているといえるだろう。

しかし、介護福祉士の国家試験を通らなければ、高齢者施設で就労できないということになると、これまでは就労できていた人を排除することになるので、緩和措置として准介護福祉士という就労可能な資格が急浮上した。これはEPAによる外国人介護福祉士候補者の受け入れ問題とも関連して、物議を醸しだした。2006年、フィリピンとのEPA（経済連携協定）署名により、2008年度からフィリピン人介護士受け入れが始まったが、この協定では、受け入れには就労コースと就学コースが取り入れられている。EPAでは、フィリピン人は一定期間内に介護福祉士の資格を取得しなければ日本で就労することはできず、フィリピンに帰らなければならない、という規定になっている。そこで問題になったのが、就学コースで介護福祉士取得を目指すフィリピン人の扱いである。現在はまだ、日本人でも就学コースを修めた人は、国家試験を受けずとも介護福祉士の資格が取得でき、高齢者施設に就職できるので、就学コースのフィリピン人もそうなるのか、それとも日本人に先んじて、資格がなければ就労できないようにするのが課題になったのである。それに伴って、介護福祉士養成校で介護コースを学んで介護福祉士を目指す日本人の扱いが問題になった。つまり、全面的に国家資格要件を就労の条件だとすると、これまで養成校の修了者は、介護福祉士の国家試験を受験する前に高齢者施設に就労できていたのに、これができなくなるという事態が想定され、全国の養成校から反対意見がでるようになった。そこで、苦肉の策として、養成校の修了者が国家試験に不合格

であったり、国家試験を受けなかった場合に、準介護福祉士という資格を暫定的に設置して、国家試験が通るまでの間は、この資格で就労できるようにしたのである。しかしあくまでもこれは暫定措置であり、いずれは無くすべき資格とされている。そして、フィリピン人介護福祉士候補者の就学コースは2011年からは受け入れないでいる。

実際的には、介護福祉士の有資格者でなければ施設職員として働けないようにするには、まだまだ介護保険制度導入以前から高齢者施設で働く職員が多い。これまで、民間資格として在宅介護員（ホームヘルパー）資格というものがあり、その2級を取得しておれば、高齢者施設で働くことができるようになっていた。また全く資格を持たない人でも、施設職員としての訓練を受ければ、高齢者施設で働くことができるという道もあった。そこでこの面での改革も必要となっている。そこで、ホームヘルパー資格についてもいずれは全廃する方向で、改革が進められている。かわって、介護サービスに従事する職員の共通の研修として、2013年に「介護職員初任者研修」が創設されている。この研修は、施設・在宅を問わず、介護の専門職として必要な知識・技術を有する職員養成のため、単に受講させだけでなく、理解や習得度について評価を行い、より確実な知識・技術を身につけさせることを目的としている。その修了者は、介護サービス提供責任者として勤務ができるとされている。つまり、いずれは、学歴とは切り離して、職業訓練の経歴に純化させて、介護人材の任用基準にすることを目指しているといえる。すでに、サービス事業者に対しては、この介護職員初任者研修修了者の割合に応じた介護報酬加算がなされている。

けれども、実際はこの介護報酬加算にさえ対応できない事業所がある。2016年に介護報酬加算の要件をすべて満たすために、職員のキャリアパスに取り組んでいる事業所は福岡県内では5781事業所のうち4681事業所にとどまっている。

ドイツには、職場をまず選び、そこで働きながら資格を取るという教育訓練システムがある。これはAusbildungといわれる制度である。就職して初

めの3年あるいは2年間は職業訓練生として、働きながら養成校に通い、養成期間が終わって資格取得試験に受かった時点で晴れて一人前になるという職人教育的なシステムである。養成校に通っている間も働いているので、収入があり、同時に就労学生としての割引や免除も受けられる。労災、休暇、年金、健康保険も、職場が負担する制度となっている。Altenpflegerも、このシステムの対象職種である。

各国とも基本的に介護人材の養成は、職業訓練のカテゴリーに位置づけられており、学歴とは切り離している。したがって、義務教育修了者はあまり重い職業訓練を受けなくても介護分野で就労できるようになっている所が多い。これに対して、日本の場合は、介護福祉士という専門職の確立に重点を置き、それも学歴と結びつけようとするあまりに、かえって、相対的に低賃金の雇用条件、キャリアパスの途絶などといった不満を醸成することになっている。

今後は少なくとも介護の分野に入ってくる人材の学歴要件はできるだけゆるめて、就労経験評価を基礎とした資格認定システムを確立する方向に動くだろう。そうすると、EPAの枠組みで来日する介護福祉士候補者の現行の学歴要件についても再検討を余儀なくされる。

3.5. 介護人材の資格は無等級制か複数等級制か

以上の就労経験評価とも密接に関係するのが、等級制の課題である。日本の介護福祉士資格は、今のところ等級分けされていない。前述した准介護福祉士という名称は、制度上の特例的、移行措置にすぎない。現在は、日本介護福祉士会は、認定介護福祉士という等級を導入しようとしているが、まだ準備段階である。介護福祉士を取得していることを条件に、一定期間の実務経験（3年）を経たうえで、指定研修（600時間）を受講した者、もしくは厚生労働大臣指定校を修了し、国家試験（筆記のみ）に合格したものが認定対象となる。認定介護福祉士の専門分野には、主に在宅介護、障害者介護、認知症の3つがある。あくまでも、こうした上級資格を付与するのは、介護の経験を活かして、より高度に専門的な介護知識と技術を授与した人材が必要だという

キャリアパスの観点に基づいている。

これに学歴を絡めようとする動きは、介護教育に取り組んでいる4年生大学からも出ている。つまり介護福祉士資格だけなら、短期大学あるいは専門学校の修学年限2年ないし3年で取得できるようになるが、大学の場合は、4年を修学年限としているために、通常の介護福祉士より多めの教育を授けるのだから、せめて呼称くらいは主任介護福祉士の名を付与できないかという要求が生まれる。しかし、この新設の上級資格は日本介護福祉士会などの全国組織が認定する仕組みと異なる。また介護福祉士養成施設協会は管理介護福祉士という資格を検討している。

ヨーロッパ介護認証 European Care Certificate は、次のような知識と技術と適格能力の観点から8つのレベルを設定している。

レベル1：基礎的一般的知識

単純な仕事を実行するために求められる基礎的技術

構造化された職場で直接的な監督を受けながら仕事をする

レベル2：仕事と研究についての基礎的事実の知識

単純な規則や道具を使って仕事をして、日常的な問題を解決するための関連情報を用いる際に求められる基礎的認知的実践的技術

ある程度は自立しながらも監督されながら仕事や研究をする

レベル3：仕事と研究についての事実・原理・過程・一般概念の知識

基礎的な方法・道具・材料・情報を選んで応用することで仕事を成し遂げたり、問題を解決する際に求められるある範囲の認知的実践的技術

仕事や研究の実行に際して責任をとる。問題解決に際して自分の行動を環境に適応させる。

レベル4：仕事と研究分野の広い文脈における事理的理論的知識

仕事や研究の分野における専門的な問題解決生み出す際に求められるある範囲の認知的実践的技術

通常は予測されているが変更の対象にもなる仕事や研究の文脈でガイドラインに従った自己管理を課す

他の人々の日常的な仕事を監督し、仕事や研究活動の評価と改善にある程度の責任をとる

レベル5：仕事と研究分野の包括的専門的事実的理論的知識と知識の境界についての自覚

抽象的な問題の創造的な解決を進展させる際に求められる包括的な範囲の認知的実践的技術

予測してなかった変化がある仕事や研究活動の文脈で管理と監督を課す

自己と他者の成し遂げたことを論評し発展させる

レベル6：理論と原理の重要な理解を服務仕事や研究分野の進んだ知識

仕事や研究の専門分野における複雑で思いがけない問題解決をする際に求められる先進的な技術、立証する熟練技、技術革新

予測できない仕事や研究という文脈で責任をとるために複雑で技術的専門的な活動や事業を管理する

個人や集団の専門的発展の管理に責任

レベル7：高度な専門的知識、そのいくつかは独創的な思考の基礎となる仕事や研究分野の最先端の知識

新しい知識や手続きを開発したり、異なる分野からの知識を統合するための調査や技術革新に際して求められる専門的な問題解決技術

複雑で予測できない状態で新しい戦略的アプローチを求められている文脈で仕事や研究を管理し、変容させ

る

調査を含む仕事や研究の文脈の最前線における新しいアイデアや過程の開発について、権威、技術革新、統合化、持続的な関与を例示する

レベル8：仕事や研究分野のもっとも最新の領域や分野間の境界領域についての知識

重要な問題を調査や技術革新で解決するため、および現存する知識や専門的実践を再定義するために求められる総合と評価を含むもっとも最新の特殊な技術と技法

実体的な権威、技術革新、自律性、学術性、および専門職的完全性と、仕事の最前線や、調査を含む研究の場で新しいアイデアやプロセスを開発することに対する持続的に関与

他方、中国の国家職業基準で、養老護理員は、初級、中級、高級、技師の4等級を設定している。中国の場合も高齢者介護に必要な適格能力に基づいて等級を設定している。

初級（国家職業資格5級）：衛生、睡眠、食事、排せつ、安全に関する「生活介護」と投薬、観察、消毒、体温管理、介護記録、臨終看護の「介護技術」。180時間以上の研修を修了した者、あるいは2年以上介護の見習いを経験した者に受験資格がある。

中級（国家職業資格4級）：衛生、睡眠、食事に関する「生活介護」と投薬、観察、消毒、温度管理、介護記録、救急措置、よくかかる疾病への対応の「介護技術」と四肢のリハビリ、余暇活動といった「リハビリ介護」とコミュニケーションの「心理的介護」。初級資格取得後2年実務に従事し、中級の研修150時間以上を修了した者、初級資格の取得後5年の実務を経験した者、労働保障行政部門から認定された養成機関で訓練を受けて卒業した者に受験資格。

高級（国家職業資格3級）：救急、危篤時における介護、健康に関する教育の「介護技術」とリハビリ訓練、余暇活動の「リハビリ介護」、心理的健康とコミュニケーションの「心理的介護」と介護研修、実技指導の「研修と指導」。中級の資格取得後4年

以上実務を継続し、120時間以上の研修を修了した者、中級資格を取得後6年以上継続して実務に従事した者、高級技工学校または労働保障行政部門から認定された養成機関で訓練を受けて卒業した者に受験資格がある。

技師（国家職業資格2級）：環境整備、ケアプラン技術のレベルアップの「介護技術」と、介護研修、実技指導の「研修と指導」と、組織の管理、介護の質に対する管理の「介護管理」。高級資格を取得後5年以上実務に従事し、90時間以上の技師研修を修了した者、高級資格を取得後8年以上実務に従事した者、高級技工学校の卒業生で2年以上実務に従事した者は受験資格がある。

アジアでは、香港の嶺南 Lingnan 大学アジア太平洋高齢化研究所が、「Diploma in Health and Social Care (Elder Care) 健康及社会照顾文憑（长者護理）」というコースを設置して、120単位で卒業資格が得られるようにしている。ここでも、ECCと同じように理論的知識と技能と生涯学習を結びつけて、介護人材養成を図ろうとしている。ここでは7つのレベルを設定して訓練し、その人材を国際的に活躍させることを目指している。

また中国の等級資格の特徴としては、上の等級資格保持者が、そのまま下級の介護人材を訓練養成する講師（教員）と位置づけられていることである。つまり技師資格取得者は3年間実務に従事すれば、技師と高級資格の養成の講師となれる。また技師資格を持つ者は中級資格の養成講師になれる。さらに高級資格を持つ者は初級資格の養成講師になれるのである。この点で、日本の介護教育の教員資格は、必ずしも介護福祉士によって独占されたものとはなっておらず、他職種から介護の養成訓練を担当していることが特徴である。

日本の介護人材は、介護福祉士という長期（3年）プログラムによるものと、訪問介護員（ホームヘルパー）という短期プログラムによるものの2本立てで養成されてきた。そのうち、介護福祉士は、ドイツの老人看護師 Altenpfleger 資格をモデルにしたといわれている。それに対して、ホームヘルパー資格は日本独自のもので、社会福祉協議会で取り組ま

れた家庭奉仕員制度から発展したものである。日本の介護福祉士制度はドイツの老人看護師資格をまねたために、訓練プログラムは長期プログラムとなっており、これを担う養成校は、大学、短期大学、専修学校などの学歴と関係づけて、カリキュラムを構築するものとなっている。このような養成校を修了してくる人材は若い新規学卒者が主である。

そこで既卒者で他の労働分野や主婦層から転職を図って介護分野に入ろうとする人材のためには、短期養成プログラムが必要であり、ホームヘルパー資格はその修了者に与えられる資格として利用されてきた。さらに、まず施設に採用してもらってから、研修を受けて試験を受けて介護職員の資格を認定する道も用意されていた。そこでこのプログラムは介護職員初任者研修として配備されることになった。

こうした複線的な介護への経路を一本化しようとする動きがあり、日本政府は最終的には介護福祉士へ統合しようとしている。

ドイツの老人看護師の訓練や試験は州ごとに異なっているが、基本的に2100時間の訓練を要するとされている。このため、かなり長期にわたる以下のような訓練カリキュラムが用意されている。

- ・ 第一学習領域：高齢者介護の職務と概念の学習分野
理論的基礎と伝統的看護活動
高齢者介護のための計画、実施、記録、および評価
高齢者への対人的、状況的介護
指令、助言、インタビューの実施
医療診断や治療の介助（例：薬剤の管理）
- ・ 第二学習領域：高齢者の生活支援方法の学習分野
高齢者のネットワークとライフスタイル論（例：幼年期から老後へ向けての発達と変化、エイズという制約付き）
自宅と生活環境の中での高齢者支援（例：自立した生活の面で制約があるにもかかわらず、栄養を支援することで自宅生活を支援）
日常生活のデザインで高齢者支援（日課から年中計画の対策、レジャー活動、雇用機会）

- ・ 第三学習領域：法的小および制度的枠組み（法学）
法的小および制度的枠組み
高齢者に対する品質保証対策への参加
- ・ 第四学習領域：専門職としての看護
プロとしての自己イメージの開発
学習の学習
危機や困難な社会的状況への対処
自分自身の健康維持と推進
- ・ 第五学習領域：その他
ドイツ語
宗教
栄養
コミュニティに提供される追加的職務

このようなドイツの老人看護師の訓練プログラムは、職場をまず選び、そこで働きながら資格を取るという教育訓練システム Ausbildung で担われているので、いわば、職人教育的な色彩が強く、日本の介護職員研修と介護福祉士資格をミックスしたようなプログラムとなっている。そしてさらに、ドイツは老人看護師の補助業務を担う職種を老人看護助手 Altenpflegehelfer という州政府の認定資格を持っている。これは基本的に介護の業務に携わる人材の基礎教育資格を義務教育以上（中卒以上）としていて、多様な経歴の人材の就業機会を開いておくための仕掛けである。老人看護助手は、義務教育卒業後1年（定時制の場合は3年）の教育訓練を受けて取得できる資格で、看護師や老人看護師の指導の下で介護業務に就くことができる。老人看護助手が老人看護師になるためには、2年間の訓練を受ける必要があるが、それは、働きながら資格を取るという教育訓練システムや新卒者が養成校で受けなければならない訓練期間3年よりは短く設定されている。さらにドイツには、実習生や兵役拒否者の非軍事業務従事者として介護に従事する者がたくさんいる。

アメリカでは、できるだけ介護人材の量的確保を図るためには、資格等に縛らないシステムを作ろうとしている。つまりサービス提供組織の責任者については、さまざまな要件を課すが、実際に介護業務を担う人については、資格よりも訓練と職務経験を

重視するという方針をとっている。資格がない介護の補助業務職員 unlicensed assistive personnel は、資格を持った Certified nurse や Registered nurse の監督の下で、次のような業務を行うものとされており、その業務を実施するうえで必要最小限度の知識と技術の短期的訓練カリキュラムを用意している。その訓練を担うのは、新卒者だけでなく、社会人教育をも担うコミュニティ・カレッジというシステムである。

- ・ 患者の行動変化の臨床・治療的情報の観察、記録、報告
- ・ 動作訓練やその他のリハビリテーション法の介助
- ・ 血圧、体温、脈拍数、呼吸、体重測定
- ・ 患者の歩行・移動介助
- ・ 医療検査の試料収集
- ・ 患者、家族、その他の介助者への情緒的支援的サービス
- ・ 対人的な衛生介助
- ・ 食事の準備、身の回り品の買い物、栄養計画、食物と飲み物の摂取

ハワイ州などでは、看護助手でも、赤十字社によって認定された認定看護助手という資格を付与する短期訓練プログラムが用意されており、その修了者を高齢者介護の責任ある担い手として位置づけている。認定看護助手の資格を取得した者は、ハワイ州の認定する Foster Home や Residential Alternative Community Care Program (RACCP) を経営する道も開かれている。

韓国の療養保護士という資格は、日本のホームヘルパー2級資格をモデルとしたため、養成カリキュラムもまた短期訓練型である。韓国では看護師資格やソーシャルワーカー資格がアメリカ並みに高い職業的威信が確立しているために、施設等ではこれらの職位にある指導管理の下で療養保護士は業務を行うこととなっている。また、中国の養老護理員資格は、等級によって訓練の時間が異なるが、基本的には実務経験を基礎にしたうえで、短期養成カリキュラムによって昇級するシステムになっている。

こうしてみると日本のように高齢者介護施設職員

の主要な担い手を介護福祉士有資格者に一本化して委ねようとする動きは特異なものといえる。むしろ、文脈は違うが、准介護福祉士の制度を整備して、介護の現場に入りやすくする仕掛けが必要だといえるだろう。

日本でも中国の養老護理員制度のような短期的な教育訓練経験の積み上げでキャリアパスを用意する生涯教育システムを整備する必要があるだろう。少なくとも日本の学歴や資格で高い介護労働報酬水準を実現するという戦略は、あまり成功しているとはいえないので、キャリアパスで労働報酬が高まる方式に切り替える必要がある。この取り組みは、介護プロフェッショナル段位制度として日本でも徐々に普及してきている。

3.6. 介護人材訓練はヒューマンサービス中心か労働生産性中心か

日本の介護保険制度導入時から、国際生活機能分類 ICF の考え方が取り入れられ、要介護高齢者の在宅での生活環境の整備についても介護報酬の対象となった。そこで住宅改修や介護機器導入などの分野が沸き立ち、住環境コーディネーターのような民間資格も動きだした。さらに介護実習普及センターという介護機器を紹介しその扱い方を指導する施設が各地に設置されるようになった。しかし日本の介護人材養成プログラムでは、基本的にヒューマンサービス中心の考え方が強く、サービスの受け手と介護者とのコミュニケーションに大きな比重がかけられる傾向が強かったといえる。そして、今日でも介護労働の生産性を向上させるための ICT やロボット技術や介護機器の技術革新については、懐疑的な現場の雰囲気がある。このために、介護人材訓練に際しても、ヒューマンサービス中心的なプログラムが多く組まれる傾向にある。

もちろん介護保険制度導入以前から、高齢者介護の社会的ニーズが高まる中でさまざまな産業界が、シルバーサービスやシルバー・マーケットという概念の下で、あたらしい商品やサービスの開発を始めていたので、その成果が介護保険制度導入以後、現場にもさまざまな新しい技術や製品が導入されてき

た。介護保険制度改正によって介護予防の考え方が取り入れられた際にも、さまざまな筋肉トレーニング機器が取り入れられてきた。そして療法士 therapist や義肢装具士 prosthetist and orthotist、と呼ばれる資格だけでなく、運動指導員などの資格を持つ人の活躍の場も増えている。しかしながら、なお介護の現場はあまりにも労働集約的な状況にあり、合理化が進められるとともに介護人材の解雇につながってしまう弱点は克服できずにいる。

ようやく日本では、さまざまなロボット技術、サイボーグ技術、ICT/IoT・AI 技術などを使った介護機器が開発されて衆目を集めるようになってきている。今後ますます介護人材はこうした技術を操作できることが期待されるようになるだろう。そのためには、国際的な介護人材の養成訓練においても、労働生産性を高める発想をもっと取り入れて、リカレント教育型のプログラムを想定した構築を図る必要があるだろう。ヒューマンサービスを重視する介護だと、自然言語に依存しきっているために、外国語学習の困難さで挫折する介護人材が多くなる可能性が高いが、介護労働支援工学を開発することによって、国際的な言語障壁を過大視する必要がなくなる可能性は高い。

3.7. 介護人材養成は専門職からかトレーナーの訓練からか

最近、人材の養成訓練の戦略として、「トレーナー訓練 train the trainers」という手法に注目が集まっている。国連はそのマニュアルを発表している。

国際的な介護人材の養成訓練に際しても、この論点が論議されるべきだろう。つまり、日本の介護福祉士のように知識と技術を一気に習得しなければ資格が得られないようなシステムは、その養成訓練のための教員を、さまざまな専門分野から寄せ集めなければならず、その専門職間の連携がうまくいかなければ、訓練をうける側に混乱が生じ、質のそろうた介護人材養成が失敗する可能性が高くなる。これに対して、介護教育の担い手である教員の質をそろえるための訓練をする方式であると、その訓練を受けたトレーナーの質がある程度そろうことで、彼らに

よって訓練される一般介護人材の質もそろう可能性が高くなる。

日本の介護教員は、2009年度から新しい規定のもとで養成されることになった。つまり厚生労働大臣等が定める基準を満たす介護教員講習会を修了した者とされたのである。その講習内容は、基礎分野（社会福祉学、心理学、生活学、人間関係論、哲学、倫理学、法学から2科目以上各30時間以上）、専門基礎分野（教育学、教育方法、教育心理、教育評価4科目すべてで90時間以上）、専門分野（介護福祉学、介護教育方法、学生指導・カウンセリング、実習指導方法、介護過程の展開方法、コミュニケーション技術、研究方法7科目すべてで150時間以上）となっている。既存の学問の寄せ集めで、教育学系の知識を学ばせる構成になっている。果たして、このプログラムが、現場で働く介護人材が遭遇するさまざまなリスクへの対応に適切な指導ができる介護教員を養成する効果があるのかどうかは検証する余地がある。また実際の介護現場で働く人々を指導・助言する立場にある主任ケアマネージャーや職場の上司が抱えるリスクを処理するために、このプログラムが応用可能かどうかとも検証する必要があるだろう。

日本の全国社会福祉協議会では、介護福祉士のキャリアアップを目指して、「介護福祉士ファーストステップ研修」を開発し、普及を図る動きをみせている。これは介護福祉士資格を取得して2年程度の実務経験を積んだ人に対して、小規模なチームのリーダーや初任者研修の指導ができる人材を育てようとする目的で、200時間程度の研修を行うプログラムである。カリキュラムとしては、(1)「ケア」の領域（利用者の全人性、尊厳の実践的理解と展開、介護職の倫理の実践的理解と展開、コミュニケーション技術の応用的な展開、ケア場面での気づきと助言）、(2)「連携」の領域（家族や地域の支援力の活用と強化、職種間連携の実践的展開、観察・記録の適格性とチームケアへの展開）、(3)「運営管理基礎」領域（チームのまとめ役としてのリーダーシップ、セーフティマネジメント、問題解決のための思考法、介護職の健康・ストレスの管理、自職場の分

析)を学ぶとしている(2009年『小規模チームのリーダー養成を目的とした介護福祉士ファーストステップ研修ガイドライン～研修の企画、展開の指針』、社会福祉法人全国社会福祉協議会)。現場では、介護教員養成とは別体系で、いわゆるトレイン・ザ・トレーナーのプログラムが試行されているといえるだろう。そしてこのようなトレイン・ザ・トレーナーのプログラムへの関心が世界中で高まっている。

たとえば、シンガポールでは、高齢者自身の健康自己管理を高めようという目標を立て、このために世界からコンサルタント集団を集めようとしている。そして訓練の方法論として以下の4つを挙げている。

- (1) 自分で効果を確認められるモデル self efficacy model
- (2) 地域の保健活動家や指導助言者のための訓練モデル train the trainer' model
- (3) 地域の保健活動家や指導助言者を訓練、監督、支援するための主任トレーナーの活用 master trainers
- (4) 医者、看護師および主任トレーナーのための専門的なセミナースタイルの学習 expert focused, seminar style learning

(1)のモデルでは、高齢者本人、高齢者のパートナー(身近な介護者全般を意味し、必ずしも家族介護者だけを意味しない)のためのプログラム開発を目指している。高齢者のための訓練では、「自分の人生、やりたいこと」、「自分の身体、健康」、「自分の身体の手入れ」、「幸福な心」、「自分の健康法」、「生活習慣病をもって生活する」、「自分の食べ物」、「体育、人生の錬金術」、「健康維持環境の効果」などを自覚させるプログラムが構想されている。高齢者のパートナーのためには、「介助 caregiving の役割」、「効果的なコミュニケーション」、「年齢差別と老化の神話」、「生活習慣病とその管理」、「生活習慣病管理のための栄養と体育」、「地域保健資源の利用」というプログラムが用意される。

(2)のトレイン・ザ・トレーナープログラムである地域保健活動家や指導・助言者の訓練は、「効果的コミュニケーション」、「集団での取り組みを容易に

する技法」、「実験的学習技法の利用」、「評価」というカテゴリでプログラムが考えられている。ここでは、単なる介護の知識や技法についての訓練というよりは、介護の指導者に指導方法をできるだけ効果的にすることを目標にしていることが分かる。(3)の主任トレーナーはこのような指導ができるトレーナーである。「老化の過程とその意味」、「精神保健と老化」、「生活習慣病の概要とその管理」、「健康点検」、「保健サービス資源」、「基礎的な服薬管理」、「栄養介助」、「健康のための体操」、「介助の役割」、「効果的なコミュニケーション」、「年齢差別と老化の神話」、「集団活動を活性化させる技法」、「実験的学習プログラムの実施」、「評価」を習得することを想定している。(4)は、老年医学 geriatrics の専門家によって指導された医師や看護師を育てるプログラムであり、「特定課題についてのワークショップによる医師や看護師の訓練」、「健康点検」、「服薬管理」、「高齢者とのコミュニケーション」、「ケースマネジメント・アプローチ」の分野での強化が図られている。

ハワイでの調査によると、Lois Greenwood 博士が看護師の介護指導力を高めるために取り組んだ指導者訓練プログラム（HMSA 財団の調査報告書 Preceptor Program Training）は、効果があると報告されている。これもトレイン・ザ・トレーナーであり、ナーシングホームや病院で働く看護師や介護人材の指導助言に当たる人材養成に力を入れている。人間関係を維持する能力の高いリーダーシップスキルを習得させ、特に職務の一部を委譲する能力、看護助手の管理や成績フィードバックを行い、質の高い介護を促進し、仕事への定着率を高めるためのトレイン・ザ・トレーナーとして開発されたものである。このプログラムはロバート・ウッド・ジョンソン財団とノースウェスト・ヘルス財団から助成を受け、介護職員の補充と定着率問題に対応した調査研究として 2006 年から 08 年にかけて実施された。このプログラムは、4つの介護施設それぞれで指導プログラムを実施するためにトレーナー指導者に指導者としての資格認証を与える方式を取り入れた。その結果、認定トレーナーは研修を受ける前と後で、自己評価のスコアは、対人スキルの改善、自己評価、

感情管理、他人の自分に対する見方、社会参加の 5 つすべてのカテゴリで改善がみられた。8 ヶ月にわたる追跡調査では自己評価に有意義な改善が見られたという。

日本が、国際的介護人材の養成に取り組むためには、介護福祉士の資格基準そのものを他国の介護人材に求めるのではなく、まずは、日本式の介護（kaigo）の知識と技法を訓練することのできる指導的な人材を養成するためのトレイン・ザ・トレーナーのプログラムを共有することに力をいれるべきだろう。いわば、日本と相手国の両方の介護を橋渡しできる人材を養成することが課題になる。これをかりに「ブリッジ人材」と呼ぶならば、日本で受け入れるのは、直接介護の現場を担う人材ではなく、日本式の介護の知識と技法を訓練することのできる人材とすべきであろう。そしてこのブリッジ人材によって養成された介護人材を介護現場に受け入れるためには、受け入れる職場側でも、彼らのコンピテンスに基づいて登用する場の職務を再設計する努力をするべきだろう。

3.8. 介護人材養成は、日常業務型か緊急時対応型か

日本では、2011 年 3 月 11 日に東日本大震災が発生した。この時に死亡した人の大多数は高齢者であった。そこで、高齢者に対する緊急時の避難支援が問題となった。施設や病院にいても、避難が困難な高齢者が多く、まして自宅にとどまる高齢者の避難は困難をきわめ、その支援に携わった消防団員も命を落とした例も少なくない。また、せっかく避難できたとしても、避難所で生活困難な状況に置かれて命を落とした高齢者も少なくない。避難生活を終えて仮設住宅で生活し始めた高齢者の生活支援や介護の問題は現在も持続している。

こうした経験から介護人材の養成に際して欠落している分野が浮き彫りになっている。看護師の業務には、トリアージの考え方や、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team : DMAT）の経験が積み重ねられているが、介護人材はこの面での経験は少ない。どちらかというと IADL や AD

しという概念が高齢者の日常生活を支えるという概念枠組みで介護業務は整備されてきたといえる。そのために緊急時における介護の課題は、視野の外に置かれていたといえよう。災害時を想定したトリアージ（傷病者の重症度と治療の緊急度に応じて治療の優先順位を決定し、この優先順位に従って搬送や処置の実施を行うこと）などの訓練が、今後の介護人材には求められることになるだろう。

実際、東日本大震災を機に、認知症の人が暮らすグループホームの災害対策の見直しが始まっている。厚生労働省は、宮城や山口など5県からモデル施設を選び、どんな対策が必要かを模索していた。入所者が災害から逃げ始める段階では「福祉トリアージ・タッグ」のように、治療の優先順位のほかに、認知症や聴力、まひの程度、歩行や着替えなどに介助が必要か、といった情報を書き込んだタグが開発され始めている。日本政府は、被災地に8060人の介護職員を派遣する手はずを整えたが、実際に派遣されたのは、1088人しかいなかった(5月25日現在)。そこには、さまざまな介護人材に対する期待のずれがあったからだといわれている。今後は、緊急時における広域的な介護人材の需給調整を行う必要があるだろう。また、避難所生活の段階での介護や、仮設住宅生活の段階での介護といったノウハウの確立は現在進行中である。

4. 私的な提言

以上の検討の結果から、今後の介護人材を確保し、国際的な移動も可能にするための訓練養成の枠組みを構築するためには、次のようなことが必要になるといえるだろう。

- (1) 家族介護者中心に介護労働者で補完する仕組みを構築する。
- (2) 医療補助業務との連動を図りながら国際移動を妨げない専門性・熟練技能を構築する。
- (3) ターゲットは、今後社会的需要が急増する高齢者とする。
- (4) 適格能力はキャリアパスにつながる実務経験を基礎に構築する。
- (5) 資格はコンピテンスに基づく複数等級制で構

築する。

- (6) 訓練カリキュラムは、短期プログラムで継続教育(生涯学習)可能なものとして構築する。
- (7) 介護人材訓練は、当面ヒューマンサービス中心であるが、急速に技術革新が進んでいるので、労働生産性向上に対応できる基礎を構築する。
- (8) 二国間あるいは多国間のトレイン・ザ・トレーナーを担える主任トレーナーになれるブリッジ人材養成を中心に構築する。
- (9) あくまでも介護は日常的な業務であるが、災害などの緊急時の介護についての訓練も取り入れて構築する。

このような枠組みを構築することで、今後の国際的介護人材養成に資する新しい職域を開発することが期待される。それには、介護人材を雇用する事業者の側も、業務再設計を行い、業務遂行能力を等級化し、それを給与に反映し、業務遂行に必要な知識とスキルを評価し、その向上を図る訓練を保証し、エントリーレベルからエキスパートレベルまで生涯学習のリカレントを通じて発展させることにできる訓練システムを養成施設と一緒に構築するべきであろう。

これらの課題解決に向けて、福岡市に国際的な介護トレーニングセンターを設置して、訓練プログラム開発、訓練者の訓練、新介護技術の共創研究開発、実習や労働の査察、認定証の発行などの機能を整備することを提案したい。

参考文献

- (1) Care assistant job information - National Careers Service - Gov.uk
(<https://nationalcareersservice.direct.gov.uk/advice/planning/jobprofiles/Pages/careassistant.aspx>)
- (2) Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier, Frits Tjadens, 2011, "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care". OECD
- (3) European Care Certificate.

- (<http://www.eccertificate.eu/home/introduction.html>)
- (4) JICA, 日本開発サービスシステム科学コンサルタンツ。2012「インドネシア国産業人材、看護・介護分野人材育成事業基礎情報収集・確認調査」(http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/1000007424.pdf)
- (5) International Longevity Center Singapore (Tsao Foundation Initiative), 2011-13. Self-Care on Health of Older People in Singapore. (<http://tsaofoundation.org/index.php/what-we-do/research-and-collaboration/programmes/self-care-on-health-of-older-persons>)
- (6) International Longevity Center USA, 2007. “Developing National In-Home Caregiver Training Standards”
- (7) International Longevity Center USA, 2008. “Caregiving Recruitment Training”
- (8) International Longevity Center USA, 2008. “Caregiving Training in America & Southern California”
- (9) International Longevity Center USA. 2008. “The Need for National Training Standards and Guidelines for Privately Paid Geriatric Home Caregivers”.
- (10) International Longevity Center USA. 2008. “An Educational Pathway for Geriatric Home Caregivers”.
- (11) International Longevity Center USA.2009. “Innovative Programs Serving Diverse Populations: The Community College Caregiver Training Initiative”.
- (12) International Standard Classification of Occupations, 2008 revision. 2018. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf)
- (13) 自由民主党、2016. 「アジア健康構想 Asia Human Well-being Initiative に関する提言」(http://jimin.ncss.nifty.com/pdf/news/policy/132386_1.pdf)
- (14) 金井一薫、2013年、「我が国における“コミュニティ・ナース”養成の必要性と可能性への提言」、東京有明医療大学雑誌、Vol.5, 47-55。
- (15) Lois Greenwood, 2012. Preceptorship Training for Hawaii Long-term Care Nurses in Team Leadership, 平成23年度国際交流基金助成事業「アジア太平洋越境ケア人材養成連携」報告書、61-71。特定非営利活動法人アジアン・エイジング・ビジネスセンター。(http://aabc.jp/aabc_toyota/img/pdf/2012_cg.pdf)
- (16) みずほ銀行産業調査部（野田聡明・河野望・杵田綾子）。2014. アジアにおける介護関連サービス市場の状況及び日系企業による市進出可能性の考察。Mizuho Industry Focus, Vol.159.1-40. (http://www.mizuhobank.co.jp/corporate/bizinfo/industry/sangyou/pdf/mif_159.pdf)
- (17) 文部科学省、2011年、「生涯学習施策に関する調査研究 ～我が国の今後の成長分野における教育機関と産業界等の連携状況に関する調査研究～」報告書（9）(http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2012/07/23/1323724_09_1.pdf)
- (18) 中井久子、2015年、「European Care Certificate～英国での運用から～」、『大阪人間科学大学紀要 Human Science』、第14号、2015年3月、大阪人間科学大学、55-61。
- (19) 日本学術会議社会学委員会福祉職・介護職育成分科会、2011年、「提言 福祉職・介護職の専門性の向上と社会的改善に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-3.pdf>)

- (20) Nishita, Christy. 2012. "Evaluation of the Kapiolani Community College, Kupuna Education Center's Kupuna Adult Care Home Project".
(http://kupunaeducation.com/documents/KCCCareHomeTraining-FINALReport_000.pdf)
- (21) 小川全夫・志田秀文、2015年、「インドネシア訪問調査記録」、平成26年度文部科学省委託事業「成長分野における中華雨滴専門人材養成の戦略的推進」事業成果報告書、71-91。
- (22) 首相官邸。2016。「アジア健康構想に向けた基本方針(案)」
(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisin/suisin_dai14/siryousuisin.pdf)
- (23) Tsao Foundation. 2011-2013. Singapore, Self-Care on Health of Older Persons in Singapore (SCOPE).
(<http://tsaofoundation.org/what-we-do/research-and-collaboration/programmes/self-care-on-health-of-older-persons>)
- (24) UNESCAP, 2001, Train the Trainer: Training Fundamentals; Instructor's Reference Manual. UNESCAP.
(<https://co-munity.net/system/files/Training%20of%20Trainers%20manual%20UN.pdf>)