

超高齢少子人口減少社会を支える
福祉介護人材養成・確保をめぐる課題

野 口 典 子

『中京大学現代社会学部紀要』 第12巻 第1号 抜刷

2018年9月 PP. 1~24

超高齢少子人口減少社会を支える 福祉介護人材養成・確保をめぐる課題

野 口 典 子

はじめに

わが国の介護現場は、超高齢者の虚弱化、医療依存度が高くなるなどの重介護化、認知症による意思確認が困難なため生じる介護する側の混乱、看取りの場としての機能など、これまで培ってきたスキルだけでは対応しきれない状況に苦慮している。さらには、介護労働に対する社会的認識の低さも相まって、介護現場・労働への魅力を欠き、介護人材不足が常態化してきている。

確かに人手不足は介護・福祉現場に限ったことではなく、多少の地域差があるものの、有効求人倍率（季節調整値）は1.60倍、新規求人倍率（季節調性）は2.34倍、（2018年5月現在）となっており、売り手市場の様相を呈している。

介護現場を支える人材確保については、2025年には供給と需要のギャップは37.7万人（都道府県推計に基づく）となり、人材不足が予測されている。そうしたなかで、国は「慢性的な人手不足に陥っている介護人材」問題に関し、「外国人技能実習制度」を活用し、2020年夏までにベトナムから1万人を受け入れるという数値目標を設定し、検討に入った。なお、ベトナムに加え、インドネシアやカンボジアなどからの受け入れ促進も検討するとの見解を示している。

こうしたいわゆる外国人とりわけ東南アジアからの人材を注入するとい

うことに対し、その先例としては台湾がある。先例である台湾の外国人（主にはフィリピンから）を例示として、拙稿（「福祉・人材確保・養成のグローバル化とその課題」『中京大学現代社会学部紀要』第5巻第1号（2011））において、「数の問題と質の問題を同時に求められるのが、福祉・介護人材の問題であり、その結果を早急に求められてもいるのである。福祉・介護人材養成は、短時間の間に「即戦力」になりうる人材をいかに多く輩出するかであるが、それは最も難題なのである。この課題は教育機関だけでは困難な課題であり、福祉現場と教育機関との協働作業であり、さらにいえば、少子高齢化は東アジアにとって共通課題であることから、東アジア圏域での共通論題なのである」と結語した。そこから、この問題がどのように展開してきたかという、介護・福祉人材養成・確保の課題は解決への糸口すら見出せないのが現状である。

本稿は、こうした現状をふまえ、介護・福祉現場の構造改革のための方向性を示すための職務分担のあり方について論究してみたいと考えている。

介護・福祉人材不足の背景には「人手不足による過重負担」「仕事内容に比して賃金が低い」という待遇面、労働環境面の不十分さが存在しており、その改善は急務である。しかしながら、入職時には「働きたいのある職場だと思った」「資格・技能が活かせる」「今後もニーズが高まる仕事」「人や社会の役に立ちたい」など仕事への期待を持って入職したにもかかわらず、「業務に対する社会的評価が低い」「介護の仕事への不充足感」などから、離職していくというのが実態なのである。（介護労働安定センターによる平成28年度「介護労働実態調査」の結果）

少なくとも、現在、介護・福祉現場で働く多くの職員が、その仕事への意欲を欠き、仕事への満足感をもてないままにしていることを、なんとか回避できる方策はないのかということでもある。

1. 介護・福祉職の働く意欲改善にむけての分析

—2011年日本学術会議社会学委員会「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」より

2011年9月に日本学術会議社会学委員会・福祉職・介護職育成分科会は、「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」という提言を行っている。まずは、その内容、とりわけ介護職に関して吟味してみたい。

(1) 介護職の現状分析

高齢化の進展に伴い、今後も福祉職や介護職へのニーズは一層拡大していくという認識のもと、福祉・介護職人材の確保はますます重要になってきている。

とりわけ介護職の現状については、①職場との不適合から介護職の定着率が低く、介護職の離職率は18.7%（2015年10月、介護労働センターの報告によれば、2015年10月からの1年間の全国の介護職員の離職率は16.7%）、一般労働者の離職率14.6%（2016年1年間の離職率は15.0%、男女比が大きく、男性は13.0%に対し、女性は17.6%）という結果であり、介護職の離職率は依然として高い。こうした結果、「介護職は賃金も上がらず、専門性やキャリアパスの積み上げによる昇給にも制約があるため、就職後に転職を繰り返す傾向があり、介護労働市場のミスマッチが起こっている」と指摘されている。②介護経営の変化が著しいことも課題であると指摘している。介護保険制度の導入により、介護サービスがこれまでの社会福祉法人や医療法人だけではなく、営利法人や民間非営利法人などの参入により競争が激化した結果、利益率の確保に奔走することから、人件費の圧縮が起こってきているとの分析である。③介護職に対する社会的評価の低さから、介護養成校への吸引力を欠くことになり、入学定員の確保に苦慮し、定員割れから廃校や廃学科などが生じてきている。④こうした要因のひとつに、介護保険制度では介護報酬が経営を管理するというこ

であり、介護職には介護報酬などに従って、その待遇が決定されるというのが現状となっているのである。⑤経営に迫られる介護業界は、介護職員の就職後のスキルアップを継続的に行っていくというゆとりを欠いているのである。

さらに、職場環境の分析を通して、⑥重度化する要介護者、認知症高齢者の増加による介護業務が「負担の重い業務」となってきており、身体的・精神的負担が増してきている。⑦介護職員の人員配置基準（現行では、介護職員などに対し、利用者3人）としている点についても指摘している。⑧労働時間にも言及し、勤務時間が労働基準法に規定する週40時間を超える事業所が多く、とくに夜勤勤務の条件の不備（夜勤時間帯の長さ、ひとり夜勤など）が指摘されている。⑨介護職としての職業教育が多様に要求されるにもかかわらず、職場内の介護業務や資格手当などが待遇に反映されていない。また、介護現場では経験年数が3年未満の介護職が半数以上という現状にあって、経験年数が浅い介護職がリーダーや主任とならざるを得ないという状況がある。

本報告でも指摘されているように、介護職への意欲を持って入職しても、「仕事の量と重責、新人の教育や職場の人間関係のストレスから離職してしまう悪循環」が介護現場の実情なのである。

(2) 介護職育成についての今後の方針

では、このように課題山積の介護現場に人材を集積していくにはどのようにすべきと考えているのかについてみておきたい。本報告では、2つの視点を設定している。

第一に、専門職に対しての社会的待遇をいかに改善するかであり、第二には、専門職としてのキャリアをどのように実現するかということであった。

第一の社会的待遇の改善については、①賃金などの改善と非正規雇用職員・非常勤職員の制限的活用である。ここでは、非正規雇用職員・非常勤

職員の活用において「一定の条件」を設けるべきという提案に止まっている。②有資格者配置要件の拡大と加算である。そもそも「社会福祉士」「介護福祉士」資格は「名称独占」ではあるものの、「業務独占」とはなっていない。介護業務において、資格の有無が仕事への関与を決定するものではないということであり、無資格者であっても、介護業務を行うことを可能にしている。この障壁は簡単には取り除くことは困難であるため、本報告では、「一定の比率の資格者配置」という提案に止まっている。③職域の拡大である。様々な社会的課題へのスペシャリストとして活躍できるようにすることが、社会的評価を高める。④労働市場の普遍化の必要性ということで、福祉・介護職採用の特殊性(採用時期、規模、募集方法など)が優秀な人材の確保を困難にしていることから、求職・求人システムの改善による開かれた労働市場に転換していくことが必要であるという指摘である。

第二のキャリア形成に関して、本報告のなかで以下のような指摘がされている。「介護福祉士には、施設と地域の両方の場面における介護活動が期待されている。また、予防、リハビリテーション、認知症ケア、さらには看取りの場面への対応も求められている」と言及し、「介護福祉士の専門職としての成熟を期待するとすれば、多様な領域ごとにスペシフィックな方向に分業と協業」が必要不可欠と指摘している。こうしたことを前提として、介護職のキャリア形成は、教育現場だけでは困難であり、『継続教育』が不可欠となっているとしている。

2. 介護現場の変容と介護・福祉人材

現場実践に関してみると、わが国の超高齢者の介護を主として担ってきているのは特別養護老人ホーム(以下「特養」と略す)である。特養は、1970年代からその量的・質的整備が始まった(図1)。特養が「生活の場」であり、必要なケアを利用するという発想は、現在を予感させたものであった。しかしながら、特養が「生活の場」を実現するためのハード、ソフト

の両面から可能となるには、まだ多くの困難があるというのが現状である。

(1) 高齢者福祉施設の体系と変遷

第二次世界大戦以降の社会福祉の展開というところから、特養の変容を辿っておきたい。

1963年の老人福祉法の制定により、それまで生活保護法下にあった養老施設が、老人福祉施設として体系化された。1963年4月1日現在の老人福祉施設数は、大山正の『老人福祉法の解説』によれば、養護老人ホーム664施設、特別養護老人ホーム1施設、軽費老人ホーム13施設で、総定員数は46,346人ということであった。戦前の養老院事業が、入所条件を必ずしも限定してはいなかった（ただし、救護法適応による入所の場合は、生活困窮が条件であった）が、老人福祉法上の老人福祉施設においては、「入所条件」が明確化され、いわゆる『種別』ごとの施設機能ということが制度化された。そのことから、当時の状態像からみると、“寝たきり”で自宅での介護が困難な生活困窮高齢者が入所する施設として、特別養護老人ホームが誕生したのである。1950年代、養老事業関係者らの議論の中から、その名称、機能から、「看護ホーム」（ナーシングホーム）という構想が提示されていたように、医療依存度が高い要介護状態の高齢者の社会的介護の需要があったことは確かである。と同時に、「寝たきり」で介護を要するが家族による世話が十分に受けられないという高齢者が入所を希望しているという状況でもあったということであるといえる（1968年の全国社会福祉協議会による「寝たきり老人実態調査」で、日常ほとんど寝たきりという高齢者の数が20万人と報告されている）。

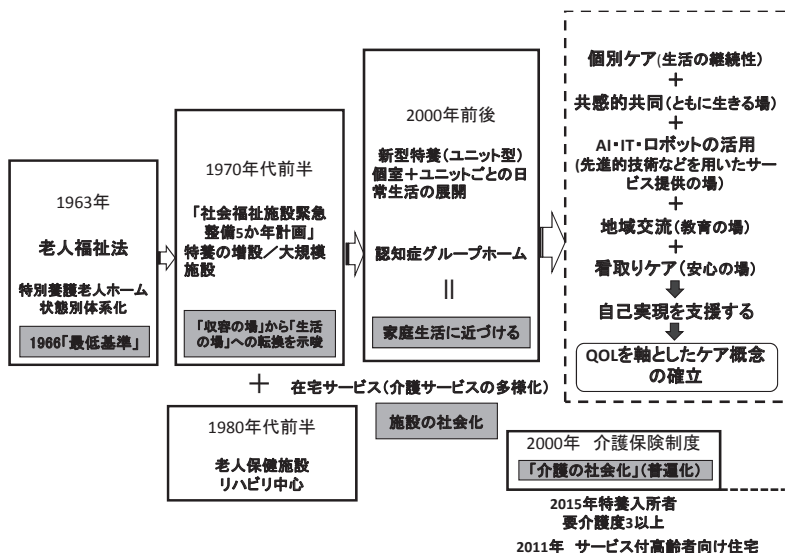


図1 わが国の高齢者施設ケアの高度化の道程

特養は、その対象を「65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい欠陥(1986年には「障害」と改正)があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難なもの」とされ、養老施設にあった「経済的困窮」が除かれている。養護老人ホームは、養老施設を引き継ぐ形で継続され、その対象を「65歳以上のものであって、身体上若しくは精神上または住宅上(のちに環境上となる)の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なもの」となった。また、軽費老人ホームについては、「軽費老人ホームの設備及び運営について」により、①身寄りのないこと、②家庭の事情等によって家族との同居が困難な者、③60歳以上の者とする。ただし、60歳以上の配偶者と共に利用する場合はこの限りでない。④利用には所得制限があるというように、利用対象が限定された施設であったといえることができる。

特別養護老人ホームや養護老人ホームの利用手続きは、2000年の介護保険法が施行される以前は、市町村がおこなっており、入所判定権者は自治体にあるという「措置施設」という位置づけであった。軽費老人ホームは、高齢者と施設の任意契約という形であった。さらに、これに加えて有料老人ホームが高齢者の社会的介護(注1)を担う役割となったのである。

(2) 特養におけるケアと介護職の位置づけ

高齢者福祉施設の環境や運営に関する基準は、1966年に制定された「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」によっている。介護保険制度が制定されてからは、「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」に移行し、国が示すところの「最低基準」である。1966年から1999年まで、ほぼ変わることがなかった「最低基準」ではどのように、特養のケアとその職員について規定されていたかについてみることにする。そのことによって、この間の特養ケアの概要を知ることになると考える。図1の1970年代から2000年までのケアについてみることになる。1) 職員の資格として、施設長及び生活指導員の社会福祉主事資格保持やそれと同等であること、2) 職員の専任化、3) 生活指導員、寮母(今日の介護職)および看護婦または准看護婦(今日の看護師、准看護師)の総数は、入所者の数を4.5(のちに4.1)で除した数、4) 看護婦または准看護婦は1名以上が常勤で勤務すること、5) 入所者に対する介護を常時行うことができるように職員の勤務体制を定めなくてはならない、6) 入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ協力病院を定めておかなくてはならない、7) 入所者について、その心身の状況、その置かれている環境、その者およびその家族の希望などを勘案し、その者の同意を得て、その者の計画を立てなくてはならない(個別支援計画)、8) 1週間に2回以上、適切な方法により、入浴または清拭をしなければならないなどとなっている。

これを現在の「指定介護老人施設の人員、設備及び運営に関する基準」

と照らし合わせてみると、1)の施設長に関しては、上記と同様の資格要件であり、3)生活相談員と名称が変わり、100人規模以下ならば1名の配置、介護職員と名称が変わり、入所者の数を3.0で除した数となっている。4)については、看護婦、准看護婦がそれぞれ看護師、准看護師であり、入所者30名を越えない場合は常勤換算方法で、1名の配置と大きくは変化ない。5)については、「介護」という項目が設けられ、「入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するために、心身の状況に応じて、適切な技術をもって行わなくてはならない」とされている。2)、6)、7)、8)は変わらない。

「指定介護老人施設の人員、設備及び運営に関する基準」のなかで、ケアとはなにかを引き出すとするならば、入所者の自立の支援と日常生活の充実であり、そのために入浴、排泄、食事、機能訓練、健康管理はその要素となる。食事においては、自立支援の観点から、栄養だけではなく、嗜好への配慮、適切な時間での提供が必要であり、可能な限り離床して、食堂で食事を摂るように配慮すべきであるとしている。排泄については、できる限り自立をめざすとされ、おむつを使用するとすれば適切な交換が必要であるとしている。計画担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)を配置し、個別支援計画の作成はもちろんのこと、入所者の居宅での生活の可能性を適切に検討するとされている。

さらに、図1にあるように、2000年代に入り、特養の建設に関して、いわゆる新型特養のみ認可されるという時代に入り、新型特養にむけた「最低基準」が設定された。

「ユニット型指定介護老人福祉施設の基本方針並びに設備及び運営に関する基準」がそれである。では、そこではどのように変容したのかをみてみる。まず、基本方針において、「入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、

自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない」としている。入所者ではなく、入居者であり、かつ居宅での生活との連続性を示唆していることに着目しなくてはならない。また、職員配置については、以下のよう

に規定されている。

- ①昼間については、ユニットごとに常時1名以上の介護職員又は看護職員を配置すること、
- ②夜間については、2ユニットごとに1名以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること、
- ③ユニットごとに、ユニットリーダーを配置することとなっている。

3. ユニットケアを中核とした特養における介護実践

(1) 介護施設・住まいの動向

わが国の要介護者に対する社会的介護の動向はいかなる方向に進んでいくのかということに注視してみたい。図1に示したように、高齢者福祉施設が要介護高齢者への対応が主流化し、介護施設中心型へと変貌してきた。とりわけ、認知症高齢者への対応を急がなくてはならないという状況にあって、特養のみならず、認知症対応型グループホームやサービス付き高齢者向け住宅、ケアつき有料老人ホームなど多様な形態の介護施設・住まいを生み出したのである。

2015年現在の状況をもとにみると、全国に特養が9,419施設（定員566,600人）、介護老人保健施設4,185施設（定員357,500人）、認知症対応型グループホーム13,114施設（定員185,512人）、サービス付き高齢者向け住宅6,342ヶ所（定員206,929人）となっており、いずれも右肩上がりの状態で推移してきている。また、長期療養と生活施設として位置づけられている介護医療院は、1,364施設（定員64,313人）である。このように、2000年以降の介護施設・住宅への社会的期待は大きく、当然のこととして、これらの施設・住まいにおいて、介護実践を担う人材の需要は拡大していくということである。

今後のこうした介護施設・住まいにおいて提供されるケアの内容について

では、ユニット型特養という発想が登場してくるなかで、1970年代に構想された「生活の場」の実現にむけた実践への挑戦を可能にしてきているともいえるのである。

では、これまでの特養（従来型）とユニット型特養（とりわけユニットケア）との相違がどこにあるのかについてみておきたい。

現在の特養には、居室及び居住環境によって、5種類存在している。1) 従来型多床室という形態で、基本は1居室に4人が暮らしている。いわゆる「雑居」という形態で、この場合のケアも「集団・一括型」ということが多い。2) 従来型多床室ではあるが、准ユニットケア加算を取り入れている形態であり、4人部屋であっても、プライバシーに配慮した「個室的なしつらえ」を有しているというものである。3) 従来型個室という形態であり、1980年代から取り組まれてきたもので、居室は1人部屋であるというものである。4) ユニット型准個室という形態であり、多くの場合2人部屋を基本にし、日常的な介護単位が10名くらいの単位で行われているというものである。5) ユニット型個室という形態であり、居室は「個室（1名での使用）」であり、8～10名を1ユニットとして介護を展開していくというものである。これらは、その利用について、利用者負担額が異なっている。

(2) ユニットケアにみるこれからの高齢者ケアの方向

図1に示したように、高齢者施設における介護施設・ケア付き住宅化という状況のなかで、そのケアの方向性は、それまでの生活の継続性の担保であり、その前提としての「個別ケア」が基本とされなければならない。居住環境としては、「個室」ということが確保できたわけであるが、それだけでよいというものではない。

外山義は、その著作『自宅でない在宅～高齢者の生活空間論』の中で、住まいと人との結びつきの重要性を説いている。これまでのわが国の施設福祉には、地域と施設の生活の間に彼流の表現によれば「落差」が存在し

ていると分析し、その「落差」とは、第1に、施設に入る原因そのものによる苦しみ、第2に、自らがコントロールしてきた居住環境システムの喪失、第3に、施設という非日常空間に移ることにより味わうというものだとしている。

「ユニットケア」の実践は、(1) 居住地、居住の場の承認、(2) プライベート空間とパブリック空間及びセミパブリック空間との分離、(3) 個人の持ち物の制限がないこと、(4) 家族、知人、友人などの訪問が十分可能であること、(5) 個人のライフスタイルが尊重される（日課などに左右されない）、(6) 移動の自由とともに、移動させられないという権利、(7) 地域住民と同様な義務と権利、(8) ノーマライゼーション理念の具体化、(9) 少人数の生活集団（ユニットケア、職員と利用者との関係）、(10) 医療サービスなどの社会サービスの継続的利用という条件整備が可能になるというのである。つまり、「住まいとサービス、すなわち住まいのハードと介護のソフトが組み合わせられたものが基本」となるのであり、そこで「施設」と「在宅（自宅）」という二律相反的な差異（＝「落差」）を補うことが可能になると外山は考えたのである。

外山の論を借りるならば、「個別ケア」を基本としたユニットケアは、その場に様々な人間関係を作り出していくのであり、この時代の高齢期に起こりがちな孤立状態の回避という点からも、こうした介護施設・住まいが必要なのである（図1の「共感的共同（ともに生きる場）」はこのことを指し示している）。また、外山が示す(5)の個人のライフスタイルの尊重は、「そのひとらしく」ということであり、図1で示す「自己実現」に通ずるものである。

ユニットケアが介護施設・住まいにおける実践理念・実践規範として有効なのは、ただ単に、家庭生活の継続だけにあるのではなく、残存能力の活用（デンマークにおける高齢者三原則の一つ）をケアのなかに置き、「そのひとらしく」人生をおくるケアの実現なのである。（注2）

4. ユニットケアを支える人材

介護施設・住宅における医療ニーズは、入所・入居高齢者の介護度が高い(厚生労働省は2015年4月より、特養に新規に入所する者を、原則要介護度3漢に限定した)ことや、特養への入所申し込み時の年齢の高さ(2010年3月野村総合研究所による「特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究」によれば、この段階で、入所申込者の約半数が80歳代であり、調査対象施設における平均入所年齢は84.2歳であった。90歳以上というのも26.1%と全体の4分の1である)などの要因も相まって高くなってきている。

2016年度に実施された「介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業報告」によれば、「胃ろう・腸ろう」や「カテーテルの管理」、「喀痰吸引」「褥瘡の処置」「血糖測定」などができる体制になっているというのが41.1%と全体の4割となっている。

こうした状況のなかで「看取り」を希望があれば施設内で看取るというのが78.0%と8割弱となっている。

超高齢・医療依存度が高いなどの課題と認知症ケアの必要性など、特養が担うべきケアはますます高度化を迫ることになる。

一方で、先にも述べてきたように、「個別ケア」を中心とした生活の継続性を担保するケアが求められてきている。つまり、特養の役割は、生活に対する自己コントロールが不足しがちになる超高齢者に対し、アブハム・マズローが示すところの「安全の欲求」「生理的欲求」の充足(いわゆるADLケア)を全面的に援助することに止まらず、マズローの欲求5段階説を援用するならば、上位の概念とされている「親和(帰属)の欲求」「自我の欲求」さらに「自己実現の欲求」を含めた援助を行っていくことに他ならない。

こうした現状に対し、社会保障審議会福祉部会福祉人材専門委員会は2014年10月に「介護人材確保の具体的な方策について」を出し、さらに2015年2月に「2015年に向けた介護人材確保～量と質の好循環の確立に

向けて～」を示した。その内容は、若年層の人口減少などの要因を含め、介護実践の高度化・多様化を踏まえたものであり、基本的な考え方としては、(1)「持続可能な人材確保サイクルの確立」をあげ、介護職場への「参入促進」「労働環境・処遇の改善」「資質の向上」という総合的な政策対応を図るということである。(2) 介護人材の構造転換(「まんじゅう型」から「富士山型」へ)という提案であり、2025年(高齢者人口が約3500万人なるとの予測、「ベビーブーム世代」が後期高齢層に達する)に向けて、介護現場へ多様な人材の参入(例えば、退職高齢者が有償ボランティアとして介護補助に入るなど)を促進することや、労働環境・処遇の見直しをすることで、働き方を柔軟に選択できるという人材の登用を行うということをしていく。その一方で、ケアの高度化に対応できる人材を置くという人材のセグメント化(層別)を行っていくという提案である。(3) 地域の全ての関係主体が連携し、介護人材を育む体制の整備、(4) 中長期的視点に立った計画の策定というものである。

こうした提案を今日の現場にどう応用できるのかについて検討を試みた。図2は「富士山型」への構造転換をさらにユニットケア(特養)の実践現場に対応させてみたものである。介護現場に人材のセグメント化(層別)を導入するとすれば、「富士山型」の底辺を先に述べた多様な人材の参入を想定し、1層の部分が柔軟な働き方を選択する人材の登用を想定した。とすると、こうした働き手だけでは、質の高いケアを提供することはできないのである。3層の施設長クラスの管理職が直接的に底辺あるいは1層の介護人材を動かし、現場実践を運営していくことは困難である。そこで、2層に位置づけた「中核人材」の存在が不可欠となる。

実際的には、ユニット型特養においては、ユニットリーダーがそれに当たると考えられるのである。とするならば、このユニットリーダーが如何に介護現場実践のマネジメントを行っていくかであり、そのためのスキルを身につけていかななくてはならないのである。

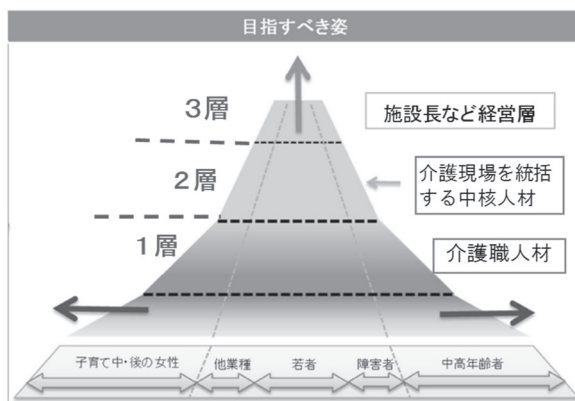


図2 2025年に向けた介護人材の構造転換(イメージ)を基に筆者加筆

5. デンマークにおける多様な働き方の実践

これまでわが国の福祉・介護現場における人材の登用は、正規か非正規かであり、正規雇用の場合は、夜勤・宿直も含めたいわゆるフルタイム労働という形態であり、非正規の場合の多くは、パートタイム労働という形態であり、「時間」を単位として業務に携わっている。

24時間365日という時間を要する介護現場において、常に「時間」を「ひと＝介護を行うひと」で補わなくてはならない。正規職員でフルタイム労働という形態でのカバーが理想的ではあるものの、これまで述べてきたように、少子化人口減少社会という壁の前にそうした理想は可能性の低いものにならざるを得ない。

そこで、高齢化、認知症ケアに苦慮しているなかで、ケアの質を高めていると評価の高いデンマークの介護現場の実際をみてみることにした。

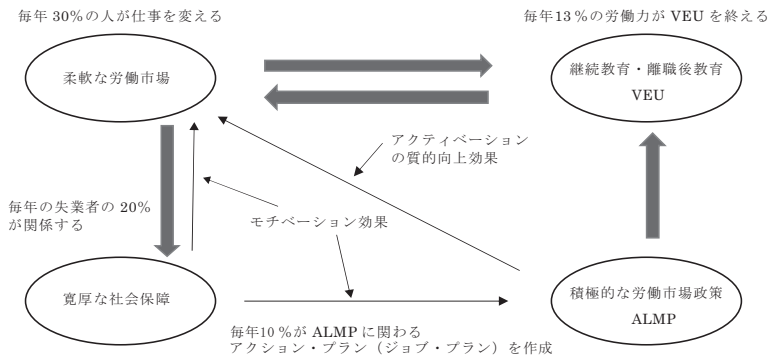
(1) 「黄金の三角形／四角形」

デンマークもまた1970年代から90年代にかけて、「福祉国家の危機」を経験した。ただ、デンマークの場合、現在も「高負担・高福祉」の「福

社国家」体制を維持している。それにはいくつかの政策が機能してきているわけであるが、とりわけこうした状況を維持してきたキーワードをあげるとすると、“flexicurity”(フレキシキュリティ)であり、“samfund”(サムフンス)であるといえる。

デンマーク・モデルの“flexicurity”(フレキシキュリティ)は、今日なお注目されている。デンマークは1990年半ば以降、「デンマークの軌跡」と呼ばれる経済成長を実現した。その要因として、公的サービス産業の拡大と労働生産性の向上、積極的な研究開発活動やイノベーション活動にあるといわれている。そして、なによりも積極的労働市場政策を伴った“flexicurity”(フレキシキュリティ)の導入であると分析されている。そしてさらに、小池直人はその底辺に“samfund”(サムフンス)という共同社会へのアイデンティティが存在すると分析している。この“samfund”(サムフンス)が存在すればこそ、労働の“flexicurity”(フレキシキュリティ)が可能になり、経済と社会生活を安定的に維持し、公的福祉と経済との好循環を作り出しているといわれている。

では、デンマーク・モデルの“flexicurity”(フレキシキュリティ)とはどのようなことであるのかについてみておきたい。



注) 図の左側のように、システムの全体は「黄金の三角形」といわれているが、後に、右上のように移行型労働市場の理念と密接に関係し、労働の質的形成をめざす継続教育・離職境域の要求(VEU)が独立された「黄金の四角形」が構想されるようになる。
出所) (Bredgard et al. 2013) に基づき編集作成

図3 デンマークの「黄金の三角形／四角形」(注3)

図3は、労働市場と社会保障、積極的な労働市場政策と継続教育・離職後教育の循環を示している。デンマークでは、ほぼ毎年30%、3人に1人が仕事を变えるということであり、そのまま換算すると30%の離職率(日本は、2015年現在16.1%)となっているということであるから、日本のほぼ倍の離職率であるというのである。そして、毎年20%の失業者が「寛厚な社会保障」の対象となる。そして、その約半数がアクション・プランすなわち職業訓練にチャレンジするということである。そして、再び労働市場へ帰っていくのである。これがデンマークの「黄金の三角形」である。さらに近年、多くの人々が継続的に職業訓練教育を受けることを選択し、スキルアップを可能にしていくということである。これが、デンマークの「黄金の四角形」である。こうした循環を可能にしていくのが、その受け皿となる“samfund”(サムフンス)という共同社会へのアイデンティティであると小池は分析している。

このように、デンマークの福祉モデル(図3にある「寛厚な社会保障」)は、すべての市民が失業や病気などに遭遇したときに、基本的権利として使用するという考え方である。

(2) Ælholmshjemmet におけるスタッフのシフト

デンマークの要介護状態の高齢者ケアについて、その概略を説明しておく、日本と同様に1960年代に「Plejehjem(プライエム)」(介護を必要とする人のためのもの)のガイドラインが定められた。日本の「最低基準」にあたるものであり、①個室が基本、②トイレ・シャワー付き、③緊急時のためのアラーム付き、④個室の面積は17㎡前後、⑤ベットは施設のものを使用、家具は使い慣れたものを自由に持ちこめるというものであった。しかし、これでは養老院を脱し切れていないとの批判が起り、1970年代には2部屋(Plejeboliger)への転換、さらにはそれでも充分ではないとの指摘から、1988年には「施設はいらない」と宣言し、高齢者住宅(Ældrebolig)の整備を進めることになった。高齢者住宅は、①個室で

あること、1人当たりの延べ床面積が67㎡以上、②居室には、浴室、トイレ、キッチンを設置すること、③24時間の緊急対応体制が整備されていると定められた。これがデンマークの今日の基本となった。

その後、デンマークでも認知症ケアが課題となり、認知症グループホームが設置されるようになり、個室を基本としながら、共有空間を持つというユニットケアが始まったのである。

Ålholmshjemmet は、46戸の住宅（認知症高齢者がほとんど）と6人分のショートステイからなるプライセンター（近年、多くの自治体ではこうしたプライエム、認知症グループホーム、ショートステイ、デイセンター、高齢者住宅などが一つの敷地に配置された）である。

Ålholmshjemmet は3つのユニットから構成されており、1ユニット当たり16から17名が居住している。ケアスタッフは、ユニットごとに配置（日本でいうならば固定配置）されており、何か緊急的なことが起これば別ではあるが、ユニットが変わるということはありません。

ケアスタッフの構成は、ユニットリーダー1名とSSH（Social og sundhedshjælper: 社会保健介助士）とSSA（Social og sundhedassistent: 社会保健介護士）とで運営されている（注4）。

ユニットリーダーになるには、SSA以上の基礎資格が必要であり、かつリーダー研修を受けなくてはならない。このリーダー研修は、介護技術に関する知識やスキルだけではなく、マネージャーになるための教育を受けなくてはならない。リーダー養成研修の受講は、プライセンターが負担し、研修は3年間（週2回程度の通学）を要し、その間の研修は業務として扱われる。ユニットリーダーは他のケアスタッフとは違い、主にユニットに関する管理業務を行う。

ユニットリーダーの主たる業務は、①ユニット職員との面談、②ケアの評価、③ユニットのミーティング、④ユニットの人事考課であり、このようにユニットのケアスタッフが働きやすい環境整備を行っていくのが役割である。リーダーの勤務は、週37時間、1日7時間半で週5日という勤務

である。日勤者は同様の労働時間での就労であるが、準夜勤者は、週26時間労働であり、夜勤者は1週間勤務して、次の1週間は休暇というスタイルである。つまりは、リーダーや日勤者には、準夜勤、夜勤勤務はなく、その反対に準夜勤、夜勤勤務者はその勤務形態のみを担当しているのである。

プライセクターであり、プライエム（日本でいうならば特養）ではあるものの、高齢者住宅の居住者であるということで、日勤シフトを中心に組むという考え方なのであり、ユニットリーダーがケアスタッフを統括し、ケアスタッフ一人ひとりを充分把握しているということで、このような時間帯別分業が成り立っているのではないかと考える。

先に述べたように、デンマークでは、同一労働同一賃金というしくみであることから、離職率は極めて高い。そのため、ユニットリーダーはユニットのケアスタッフの確保には充分考慮しておかなくてはならないのである。

また、Ålholmshjemmetに限らず、ケアスタッフはケアに関してスペシャルな技術や知識を持つことが推奨される。例えば、移乗技術、記録、腰痛予防やおむつフィッティング、実習生の指導など多岐にわたっている。このように、ある分野でのリーダー的な存在になっていくことで、スタッフの働く意欲を高めていくという考え方である。

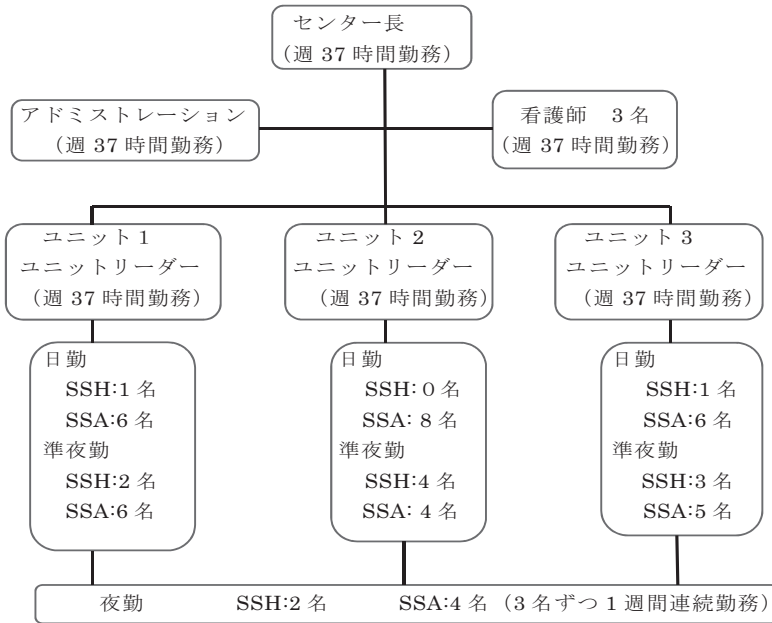


図4 センター組織図とユニットのスタッフ構成 (注5)

まとめにかえて

わが国は、超高齢時代に突入した。2025年問題さらには2035年問題が、様々な角度から論じられてきている。そのなかで、高齢者介護は避けては通れない社会的課題である。介護保険制度の導入時において、「介護の社会化」が打ち出され、介護問題はもはや家族だけで対応するのではなく、社会サービスを導入することによって対応すること（社会的介護）を必然のこととした。しかしながら、前述してきたように、高齢者介護を担う人材の確保が容易ではないという事態が生み出されている。

「介護の社会化」の先進国であるデンマークは、介護現場のIT化をいち早く進め、さらにAIロボットの導入にむけて準備を進めている（SMOOTHプロジェクトとして、2017年9月から現場、大学、行政が

一体となって実証実験に取り組んでいる)。デンマークの介護現場にどのようなAIロボットが登場してくるか楽しみであり、AIロボットをはじめ様々なITが、介護現場にどのような変化をもたらし、介護の効率化をどのように生み出していくのか、現在進行中の実証実験を注視していきたい。人手不足という共通な課題を、どのような方法で、どのように補い、IT、AIロボットを導入することで、介護(ケア)の質がどのように高められていくのか興味深いところである。

本稿は、日本の高齢者福祉政策の方向性を確認し、介護現場の構造的変革を視野に入れた業務分担のあり方について試論的に展開してきた。特養が高齢者介護の中核的役割を担い、高齢者にとって“最期の砦”になっていくということは確かなことである。であればこそ、特養における介護職の働き方が重要なのである。介護業務を職場内でどのように分担し、チーム労働として形成していくのか、そのことを通して、介護職の働き方改革がどのような形で進められるのかが重要なのである。

今後は、デンマークをモデルとしながら、日本の介護現場において、介護職の働き方改革に繋がる介護業務の合理化を可能にする職務分担と協業のあり方に関する実証的研究を進めていかななくてはならないと考えている。安易に、外国人労働者を介護現場に導入することで、介護現場が抱えている課題解決に繋がるとは考えにくいのである。東アジア、東南アジアの国々との協働は、同じように高齢化問題を抱えるこれらの国々、地域に対し、日本がこれまで培ってきた高齢者ケアを共有化することを通して、アジア型ケアスタンダードを構築し、福祉・介護職の社会的位置づけを明確化し、そのスキル向上のための教育研修プログラムなどの共同開発を行っていくことだと考えている。

(注1) 社会的介護という言葉をここで用いたが、一般的な用語ではない。社会的養護は社会福祉の分野ではこれまで使われてきており、現代社会福祉辞典によれば、「親の行方不明や虐待など何らかの理由で実親と生活できない子どもを社会的制度に基づいた場で養育すること」と定義づけられている。とするならば、家族、親族以外により社会システムにおいて、介護を受けるということとして定義されるのではないかと考えた。介護保険制度は「介護の社会化」を冒頭に掲げた。つまりは、高齢者や障害者の介護・ケアはこれからの社会にあって、社会システムのなかで展開するということである。

(注2) 本稿では、介護とケアを厳密には使い分けていない。ただし、特養の実践場面では、「介護」を用い、「ケア」は広く概念として使用する場合に使っている。

(注3) 小池直人著 (2017) 『デンマーク 共同社会の歴史と思想』大月書店に掲載 (45P) から転用させていただいた。

(注4) SSH (社会保健介助士) は、通称ヘルパーと呼ばれ、身体的ケアを主として担う。日本の介護福祉士の養成内容とほぼ同様である。SSA (社会保健介護士) は、通称アシスタントと呼ばれ、SSHの資格取得後、専門的教育課程をクリアすることで、医療行為の一部を担うことができる。

(注5) Ålholmshjemmet プライセンターには、2015年からなんとか訪問し、ヒアリングを行ってきた。今回の情報に関しては、Ålholmshjemmet プライセンターのセンター長と Hillerød 市の自治体職員からのヒアリングのなかから作成した。Hillerød 市にあるプライセンターはほぼこの方式で運営されているとのことであった。

参考文献・論文

大山正 (1964) 『老人福祉法の解説』全国社会福祉協議会

岡本多喜子 (1993) 『老人福祉法の制定』誠信書房

全国コミュニティライフサポートセンター編 (2000) 『ユニットケアのすすめ』

外山義著 (2003) 『自宅でない在宅—高齢者の生活空間』医学書院

野口定久、外山義、武川正吾編(2011)『居住福祉学』有斐閣

加藤壮一郎(2011)「デンマークのフレスキシキュリティと知識経済の関係性—フレスキシキュリティ概念とデンマーク・モデルの検討をとおして—」*経済科学論究* 第8号 117 - 128 P

野口典子編著(2013)『デンマークの選択・日本への視座』中央法規出版

汲田千賀子著(2016)『認知症ケアのデリバリー—スーパービジョン—デンマークにおける導入と展開から—』中央法規出版

小池直人著(2017)『デンマーク 共同社会の歴史と思想』大月書店

汲田千賀子著(2017)「デンマークの認知症ケア実践を担うプライセンターのチームケアを可能にする組織づくり」*地域ケアリング* Vol19.No.9.2017, 89 - 93P

菅沼隆(2018)「デンマークにおける労働時間の柔軟化と組合規制」*社会政策* 第10巻第1号 62 - 74P

本稿は、2017年度中京大学特定研究助成「超高齢時代における介護現場・労働の質的転換—QOLを軸としたケア概念モデルの開発」の研究成果の一部である。

