

介護労働，その位置と展望(3)

山田修平

Shuhei YAMADA : Care Work; The Position and Views (3)

従来家族が担ってきた介護は外部化され，介護労働は一般化した。介護労働はサービスの提供という側面と労働という側面を即応的に持つ。サービスに関してはより専門性が問われ，他方，労働では「ゆとりのなさ」「低賃金」が指摘される。専門性の向上と労働条件の改善のための政策課題を指摘すると共に具体的提言を行なう。

キーワード：介護労働の2面性 高度化する介護 介護政策の類型 業務独占の資格 介護報酬の見直し

介護労働の方向を政策的取り組みも含め模索する。

はじめに

高齢化の進展を背景に，介護保険の導入等社会的受け皿の整備が進み，家族介護は外部化され介護労働が一般化した。介護労働は市場の中で重要な位置を占めるに至った。介護労働は一方でサービスを提供する側面と労働し報酬を得るという側面がある。介護労働は現在大きな分かれ目にある。一つは従来家族が担っていた介護は誰でもできる仕事，低賃金労働に位置づける方向，他方介護は人間の尊厳に関わる仕事で家族にはできない専門性が問われ，それに応じた賃金等の労働条件が保証されなければならないとする方向である。しかし現況は，2つの方向が混在している。専門性を問いつつ，介護保険関連施設における介護労働者の内，介護福祉士資格を有する者は40%前後，在宅サービス関連事業所では20%弱，有資格者も含め労働条件は良いとはいえない。介護労働の担い手の大半が女性であることも関連している。また介護福祉士に象徴される介護の資格が充分な専門性を有した資格なのかも問われている¹⁾。こうした混沌とした状況の中であるべき介

I. 介護現場からの意見

前稿において，介護労働者の賃金，労働時間，休暇等の労働条件の実態を，厚生労働省の「賃金構造基本統計調査」また介護労働安定センターの「介護事業所における労働の現状」等を基に紹介，分析した²⁾。

ここではそうした介護現場の状況を介護労働者また介護施設の事業主はどのようにとらえているのかみてみよう。

1. 労働者の意見

筆者が関わるNPO未来³⁾の実施している調査から紹介しよう。同NPOでは福祉施設のサービスの向上を第三者の立場から支援しようと鳥取県の認証を受けて全福祉サービス対象にした福祉サービス第三者評価と認知症高齢者グループホームを対象とした外部評価を行なっている。調査の詳細は省略するが，何れの調査も厚生労働省の定めた評価基準に基づいて施設が自己評価を行う（管理者や施設長のみ

で行なう所、全職員が総意で行なう所と事業所によって取り組み方が違う)、続いて一定の研修を受けた調査員が訪問調査を行なう。この場合施設を直に視察すると同時に自己評価を基に聞き取りや証拠書類などの照らし合わせをしながら、第三者として自己評価の妥当性をチェックし評価する。

これはいわば公式的な方法であるが、上記の訪問調査に先立って、利用者（あるいは保護者）および職員に対して郵送調査を行なう。この調査はNPO未来独自で実施しているが、管理者・施設長を経由せず当事者とNPO未来とのやり取りとなる。従ってかなりの本音のところが把握できる。職員の意見は第三者評価の結果に折り込まれる。

利用者（保護者）に対しては施設のサービス等を聞くのが中心であるが、職員に対しては、個々のサービスの自己評価と共に、賃金、労働時間、休暇、研修時間、やりがい、今後の就業意識等を尋ねている。

以下NPO未来が2005年9月から2006年3月にかけて6認知症高齢者グループホーム11ユニットの76名の介護職員（回答者63名・回答率83%）に行なった職員アンケートの結果の一部である。もちろんグループホームは小規模であり、一般に経営基盤は安定していない。しかし調査したグループホームは大規模法人が併設する施設もあるが、大規模併設型と単独型を比べてもほとんど変わりはなく、多くの福祉施設に勤める介護労働者一般の意識としてとらえることができよう。

- ① 管理者とのコミュニケーション
 - できている65% どちらともいえない25%
 - できていない10%
- ② 賃金は妥当か
 - 妥当34% どちらともいえない41%
 - いいえ25%
- ③ 仕事にゆとりを感じるか
 - 感じる24% どちらともいえない32%
 - 感じられない44%
- ④ 仕事にやりがいを感じるか

感じる79% どちらともいえない19%

感じられない2%

- ⑤ この職場でずっと働きたいか
 - はい30% どちらともいえない57%
 - いいえ13%

管理者とのコミュニケーションはグループホームによって回答にばらつきが見られたが、他の質問の回答はグループホーム毎の差はほとんど見られなかった。まとめれば「仕事にやりがいは感じる」、しかし「ゆとりはない」また「賃金等労働条件は良いとはいえない」「将来共働き続けるかは分からない」となる。

2. 事業主の意見

前稿で示した「事業所における介護労働の実態調査」において回答のあったのは1,016事業所で、そのうち自由記入欄に195件の記載があった。事業主の実態に対する意識が読み取れる。

内容は多岐にわたるが件数の多いもの3つを挙げ、主だった意見の要約を示す⁹⁾。

- ① 人材の確保、資質の向上 119件
 - ・勤続年数が3年以内の為、毎年採用人数確保に苦勞している。
 - ・働く意欲、介護職のあり方の理解が乏しい人が多い。
 - ・ヘルパー2級を持っているからといって、現場ですぐに介護保険制度に沿ったサービスができる者は少ない。
 - ・今後は国家資格のみとすべき。
- ② 介護報酬の改善及び行政制度への意見 86件
 - ・国の介護報酬では行き届いたサービスは不可能。
 - ・今の報酬では、重介護を必要とする介護従事者に対して正当な対価を支払えない。
 - ・介護報酬のアップ、配置基準を大きく上回る雇用や介護福祉士等資格職員に対する加算を望む。
 - ・産休、育休取得を従業員にさせた事業所に対する助成金の支給を望む。
 - ・特養の施設も増やすべき。補助金カットは福祉の

低下に繋がる。

③ 雇用管理及び経営管理に関する意見 40件

- ・大型老健施設，特別養護老人ホームと小規模施設では賃金や休日等待遇の差に不満がある。
- ・日曜，祭日，夏期，年末，年始の休みの取り方が難しい。
- ・介護職が不足のため，有給休暇取得が難しい。
- ・雇用者側の立場の法律や制度が欲しい。
- ・ヘルパーの仕事の保証できない。
- ・地方なので移動に時間がかかりすぎ月給制では採算に合わない。
- ・利用者数が安定せず厳しい運営状況。

この他，情報提供に関する意見24件，介護保険の事務・仕組みに関する意見24件，またより詳細な研修内容に関する意見15件，介護支援専門員や看護師，PT・OT等各資格，職種に関する意見9件等がある。

社会福祉法人，医療法人，民間企業また大規模施設，小規模施設等によって状況は異なるが，総じて措置費から介護報酬方式となり，運営が必ずしも安定していない。従って介護報酬の増額を望むと共に介護職の確保と資質の向上が重要課題だとする意見に集約できる。

II. より高度な専門性が問われる介護

介護職の最も代表的な資格は介護福祉士である。介護福祉士とは，その名称を用いて「専門的な知識及び技術をもって，身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障があるものにつき，入浴，排泄，食事その他の介護，並びにその者の介護者に対して介護に関する指導を業とする者⁹⁾と定義される。

この介護の専門性が従前に比してさらに問われている。1つは身体障害以上に対応が難しいとされる認知症高齢者，知的障害者や精神障害者への対応である。関連して心理的ケアの重要性が増している。介護は人間の尊厳をいかに尊重するかが根底になけ

ればならない。入浴，排泄，食事その他の介護と一見身体的介護を述べているようだが，それら介護が人間の尊厳を尊重して行われるためには深い人間観に基づく心理的ケアが行われなければならない。このことはターミナルケアにおいて一層重要となる。加えて介護保険の改正で予防給付が導入され，在宅介護が一層強調されている。

以下，その具体的状況を記す。

1. 認知症高齢者の増加

わが国の認知症高齢者は，2005年では169万人であるが，今後戦後のベビーブーム世代・いわゆる団塊の世代が全員前期高齢者に達する2015年には250万人に達し，その後急激に増加し2025年には323万人に増加し，ピーク時には400万人に達すると推計されている⁹⁾。

また介護保険で要介護・要支援認定者（以下認定者）に占める認知症高齢者の割合をみると⁷⁾，

- ・およそ半数は認知症である高齢者のランクⅡ以上で，およそ4分の1はランクⅢ以上。
- ・在宅にいる認定者のおよそ3分の1はランクⅡ以上，8分の1はランクⅢ以上。
- ・介護保険3施設にいる認定者の約80%はランクⅡ以上，約60%はランクⅢ以上である⁸⁾。

介護者は在宅においても，施設においても認知症の高齢者の介護に今まで以上に関わることになる。

人間の精神構造を知・情・意で表現すれば，情・感情が最も基底部分にあり，その上に意・意思そして知・知性が積み重ねられている。認知症高齢者は，知の部分の記憶障害が進行していくが，根底にある感情やプライドは厳存する。認知症という「病」に対して全人格的な否定，例えば身体拘束，言葉による威圧，無視はおそれや，焦燥感，また怒りとなり，徘徊や譫妄など問題行動の要因となり，認知症を悪化させることにもなる。また環境の変化は極度な不安な状態に高齢者を置き認知症を悪化させることにもなる。

認知症高齢者に対して，それまでの生活や個性を

尊重することを基本とし、生活の継続性と日常生活圏域を重視した介護体系の整備、また認知症の症状や進行の状況に対応できるサービスのあり方や安心感を与えるような周囲の関わり方が求められる。その基本に人間に対する豊かな愛情と認知症に対する理解、高度な専門知識、技術がなければならない。

2. 施設、在宅におけるターミナルケア

ターミナルケアとは、現代の医療では治癒の見込みのない患者に対して、全人的な観点に立つて行われるケアを言う。従来、ターミナルケアは痛みの緩和を中心とする医療現場の取り組みが主であったが、医療制度改革及び介護保険成立に伴って在宅、あるいは介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に移行しつつある。

医療経済研究機構の報告書⁹⁾によれば全国の介護老人福祉施設3,000施設のうち回答のあった1,730施設において、施設内死亡による退所者は5,352人で退所者総数の37.2%であり、施設退所の後、医療機関で死亡した者は8,927人、62.1%、自宅は91人、0.7%であった。

また同機構のグループホーム施設長に対するアンケート調査によれば、1,192事業所のうち11.4%の事業所がターミナルケアに取り組んだ経験があるとしている。また3分の2が今後ターミナルケアに前向きに取り組むと回答している。

もはやターミナルケアは、医療現場だけの課題ではなくなっている。また医療的な対応で痛みをはじめとする諸症状のコントロールを大前提としながら、本人及び家族の精神的苦痛の軽減のための心理的ケア、本人や家族に関わる社会経済的問題解決への支援、さらに人間存在の根幹となる霊的、宗教的問題解決への支援等人間の尊厳を尊重し、QOLの向上を目指したトータルなケアが求められる。

ここでは共通認識に基づいたチームアプローチが必要であると共に、そのケアの輪に関わる個々のメンバーの死生観が問われる。

3. 介護保険の改正

(1) 介護保険制度の5年間の変化

2000年4月より介護保険が施行された。これは社会保険方式の共同連帯の理念の下、費用負担と介護サービスを受ける権利を明確にすると共に、自立支援、利用者尊重、在宅重視、ケアの総合化を目指したものである。

制度創設当初の第1号被保険者数は2,165万人であったが、2005年4月末には2,516万人と351万人増加した。同期間に介護認定者数は218万人から411万人と約200万人増加している。特に要支援・要介護1の認定者数は84万人から201万人と増加は著しい。関連して、在宅サービスの利用者は、97万人から246万人で約2.5倍、施設サービスの利用者は52万人から77万人で1.5倍と在宅サービスの伸びが大きい。

こうした状況の中で介護保険に関わる総費用は、2000年度3.6兆円であったのが、2005年度6.8兆円と2倍近くになっている¹⁰⁾。また3年毎に更新される保険料は、第1号保険者の場合、基準額を全国平均でみると第1期(2000—2002年度)2,911円、第2期(2003—2005年度)3,293円、第3期(2006—2008年度)4,090円となっている。

(2) 介護保険制度の改正の要点

介護保険法施行後5年後を目途に見直すとした同法附則第2条の規定に基づき、介護保険法等の一部を改正する法律案が2005年2月国会に提出され、6月に成立した。改正の趣旨は、介護保険制度が、将来にわたって安定的に存続し得る持続可能な制度であること、そして超高齢化社会にあって、高齢者ができる限り健康で活動的な生活を送ることができる社会を構築すること、さらに年金、医療、そして介護の各制度間の機能分担を明確にし、総合の調整を進め社会保障の総合化を図ることにある¹¹⁾。

以下、介護労働に大きく影響を与える改正の要点を記す。

1) 予防重視型システムへの転換

前述のように、制度施行後要介護者が増加しているが、その中でも要支援および要介護1という軽度

者が大幅に増加している。また軽度者に対するサービスが要支援・要介護状態の改善に繋がっていないことが明らかになってきた。こうした反省から介護の本来の目的である自立支援を徹底，要支援・要介護状態になることの防止や要介護状態の悪化の防止，さらに介護給付費の増大や保険料負担の増大の抑制を目指して，新予防給付を創設，また地域支援事業を再構築した。

新予防給付は，従来の要支援と要介護1の一部の者を対象に新たに「要支援1」および「要支援2」という区分が設定された。（これにより，要介護区分は従来の6段階から7段階になった。）新予防給付のマネジメントは市町村を責任者として，保健師，社会福祉士，主任介護支援専門員を配置した地域包括支援センターで行なわれることとなった。

サービス内容は，訪問介護や通所介護，通所リハビリテーション等のメニューが設けられているが，生活機能維持の観点から，従来の介護の内容，提供方法，提供機関の見直しが行なわれた。

1～2例を挙げれば，訪問介護の生活援助は訪問介護員が家事を全て行なうのではなく，自立を支援するという視点から利用者も共に行なうことが求められる。また利用料も時間単位ではなく，週単位の回数の定額制となった。また通所介護は利用回数に関わらず要支援毎の負担額が定められた。ねらいは時間や回数ではなくそれぞれの利用者にとっての自立，生活改善に最も適当なサービス量やサービスを提供しようとするところにある。

また，運動器の機能向上や栄養改善，口腔機能の向上といったサービスも組み込まれた。

地域支援事業は，従来地域でさまざまな形で取り組まれていた老人保健事業，介護予防・地域支えあい事業，在宅介護支援センター運営事業を再構築して要支援・要介護になるおそれのある高齢者に対して行なうもので介護保険制度に位置づけたものである。地域支援事業は市町村が実施するが，地域包括支援センターに委託することができるとされた。

2) 地域密着型サービス

独居老人，高齢者世帯，認知症高齢者の増加等を踏まえ，住み慣れた地域での生活をできる限り継続できることを支援するため，身近な市町村で，それぞれの特性に応じた多様で柔軟なサービスの提供を行なうため地域密着型サービスが創設された。

このサービスは，市町村が事業者の指定，指導監督権限を持ち，原則として当該市町村の被保険者のみが利用できる。サービスの種類としては，小規模多機能型居宅介護，認知症高齢者グループホーム，夜間対応型訪問介護，定員30人未満の特別養護老人ホームである。

この中でも新しい多機能型居宅介護の典型例を示すと，訪問介護，通所介護，短期入所の3機能を有し，利用料は利用量に関わらず要支援・要介護度によって定額に設定されている。ただし利用者は他のサービスは原則利用できない。介護支援専門員は必置である。

何れのサービスも，地域を生活の場とした利用者個々人と身近に関わるだけに，従来に増して個別の自立支援を基本としたケアが求められる。

3) サービスの質の確保・向上

介護保険導入のねらいの1つは，利用者による選択と競争によってサービスの向上を目指すことにあった。そのためには選択できるための情報の開示，また質の保証がなされなければならない。その視点から，情報開示の標準化の徹底が図られた。具体的には介護保険事業所は毎年，職員体制，利用料金，施設設備等のサービスの情報を第三者の認証機関のチェックを受けた上で，開示することが義務付けられた。

また，事業者規制の見直しが行なわれた。従来指定を受けた事業所は更新をしなくても事業を継続できたが，今回事業の指定を6年毎に更新することとした。今1つは指定にあたっての欠格事由に，申請者や法人の役員が「指定の取り消しから5年を経過しないものであるとき」等を追加した。

さらに介護支援専門員の資格を5年毎の更新制の

導入や研修の義務化等、ケアマネジメントの見直しが行なわれた。

4) その他の改正

この他、従来5段階となっていた保険料について、第2段階を新第2段階と新第3段階に細分化し、被保険者の負担能力に応じた設定とされた。

以上の改正は、何れも2006年4月より実施されているが、以下の改正は2005年10月より実施された。

介護保険施設の居宅費・食費を保険給付から除外した。これは在宅と施設の利用者負担の公平性、介護保険と年金給付の調整から見直されたものである。関連して、低所得者の負担の軽減を図るため、特定入所者介護サービス費を創設した。同サービス費は低所得者の利用者の申請のあった者に対しては、決められた負担額限度額と施設における居住費・食費の平均的な費用（基準費用額）との差額を補足的な給付として、保険から給付するというものである。

5) 今後の検討課題

介護保険の見直しにあたって争点となったのは被保険者・受給者の範囲についてであった。現行制度では40歳以上としているが、その範囲を他の年金等社会保険と同様に20歳以上、あるいは全ての国民を対象とするか否かである。この点については結論が出なかったため、改正の附則において、今後社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しとあわせて検討を行い、3年後の2009年度を目途として所要の措置を講ずるものとされた。

4. 障害者自立支援法の成立とその意図するもの

介護の対象者は児童、高齢者、障害者、病人等さまざまである。しかしその大半は高齢者といつてよい。特に介護保険導入以後はその傾向が顕著である。本稿でも敢えて高齢者対象の介護を前提に論じてきた。ところが時代の大きな流れ、また制度改革の方向、具体的には障害者自立支援法の成立と介護保険の将来像を重ね合わせ時、高齢者介護と障害者介護は切り離すことができなくなりつつある。

(1) 障害者自立支援法の成立

障害者自立支援法が2005年10月31日に成立、11月7日に公布、2006年4月より段階的に施行されることとなった。同法は障害者及び障害児の地域における自立支援を図るため、身体障害者、知的障害者、精神障害者に対する福祉サービスや公費負担医療の一元化や利用者負担の見直しを行なうものである。以下その要点を記す。

(2) 障害者自立支援法の要点

1) 3障害に対する福祉サービスの一元化

従来、身体障害、知的障害、精神障害毎に分かれた制度体系であった。特に精神障害は他の2障害が2003年度以降支援費制度で対応していたのに対し、対象外とされていた。また実施主体は市町村と都道府県に2分化されていたが、同法によって3障害ともその対象として制度間格差を解消した。また各種障害者福祉サービスの実施主体を市町村に一元化し、都道府県の役割はその支援と位置づけた。

2) サービス体系の見直し

従来、障害種別毎に分立した33種類の既存施設、事業体系を、概ね5年程度の経過措置期間以内に、①療養介護、②生活介護、③自立訓練、④就労移行支援、⑤就労継続支援、⑥地域活動支援の6つの日中活動に再編する。特に④⑤⑥は就労支援、地域生活支援といった新たな課題に対応するため、新しい事業を制度化する。これは養護学校卒業生の55%は施設入所、また就労を理由とする施設退所者はわずか1%という現状に鑑み抜本的強化を図ったものである。

また終日通しての施設での生活から、地域と交わる暮らしを推進する。さらに身近なところでサービスが利用できるよう、規制緩和を進め既存の社会施設を活用することとされた。

3) 手続きや基準の透明化・明確化

支援費制度において、その必要度を判定する全国共通の利用ルール・客観的基準がなく、支給決定プロセスが不透明という指摘があったが、自立支援法では福祉サービスの個別給付について、支援の必要

度に関する客観的尺度（障害程度区分）を導入し，また審査会の意見聴取等支給決定プロセスを明確にした．さらに障害者のニーズに即して，支援を効果的に実施するためケアマネジメントを制度化した．

4) 安定的な財政の確保

3 障害が対象となり，新規利用者が急増することが見込まれる．また国の費用負担のありようが不確実な仕組みであったが，国の費用負担を費用の2分の1と責任を強化し，財政の安定を図った．また利用者も応分の費用負担を求める仕組みとした．具体的には所得段階に応じた月額上限額を設定した上で，サービス費用の1割を負担また食費，光熱水費は実費負担とした．

(3) 介護保険法との共通点

障害者自立支援法に対して，利用者からは主として1割負担が課せられたこと，移行期だけにサービスが複雑に錯綜していること，障害認定基準への不安と不満は大きい．ただ同法は施行されてまだ1年も経たず，サービスの再編成も5年間のうちで移行するというもので，評価するのは早計であろう．

ここでは，実施主体が市町村に一元化されたこと，支援の必要度を判定する客観基準が導入され，審査会が設置されたこと，ケアマネジメントが制度化されたこと，2分の1の国の負担が明示されたこと，1割の利用者負担が示されたこと等介護保険の制度と類似していることを指摘しておく．先述した2009年度の介護保険の被保険者・受給者の見直し時に両制度が一本化される可能性は大きい．とすれば高齢者介護と障害者介護は一体とした職務としてとらえなければならぬ．

Ⅲ．介護労働政策の方向

上記の認知症高齢者に対する介護，ターミナルケア，予防のための介護，多様な在宅における介護，そして障害者・児に対する介護は明らかに従来の介護知識，技術のさらなる向上，根底にあるべき人間観，倫理観を問い直している．

1. 介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会報告¹²⁾

標記検討会は厚生労働省が介護福祉士のあり方，養成を検討するため設置したもので，京極高直氏（国立社会保障・人口問題研究所所長）を座長に，学識経験者，福祉施設経営者代表，介護福祉士会会長等15名で構成される．同会は2006年1月より計8回の協議を重ねた．その間行政，施設，市民代表さまざまな立場の意見を聴取し，7月5日に「これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて—」という報告書を発表した．この報告書に示された内容が，今後の介護福祉士のあり方また養成に対する政策として具現化される可能性は大きい．

同報告書は，Ⅰ介護福祉士を取り巻く状況，Ⅱ求められる介護福祉像，Ⅲ資格制度のあり方，Ⅳ教育内容（カリキュラム・シラバス）の充実，Ⅴ実習のあり方，Ⅵ介護福祉士養成施設のあり方，Ⅶ資格取得後の生涯を通じた能力開発とキャリアアップ，Ⅷ能力と働きがいのある職場づくりと8章よりなる．介護福祉士をめぐるさまざまな課題を概ね網羅し，今後の改革の方向を示しているが，特に重要と思われるⅢ，Ⅳ，Ⅶについて紹介し，コメントしておく．

(1) 資格制度のあり方について

前稿¹³⁾で述べたように介護福祉士資格取得には大きく①介護福祉士養成施設を卒業する養成施設ルート，②3年の実務経験を条件に国家試験を受ける実務経験ルート，③福祉系高等学校を卒業し国家試験を受ける福祉系高校ルートの3つの方法がある．

報告書は，①及び③は若い新規労働力を介護の現場へ供給する役割があり，②は介護の現場で働く者の資質向上に資する役割があるとした上で，①は自立支援への意識，職業倫理性は高い傾向があるが，学校格差がある．②は即戦力として期待できるが，制度面・理論面について知識が不足していると指摘する．その上で，3ルート共残しつつも次のような改正の方向を提示している¹⁴⁾．

①については、教育内容の充実を図った上で、卒業後（卒業見込みも含む。）国家試験を課す。

②については、国家試験の受験資格の条件として、現行の3年の実務経験に加え、一定の養成課程（例えば6か月以上の養成課程、または1年以上の通信課程）を課す。

③については、教育課程充実後の養成施設と同等の教育を行う場合は、従来通り卒業後国家試験の受験資格を付与する。同等のレベルに満たない福祉系高校については、高校卒業後、一定の実務経験（9か月程度）を経ることを国家試験受験の要件とする。

ただし、①と③に対しては国家試験のうち実技試験は免除する。また②に対しても介護技術講習会修了者に対しては実技試験の免除を認めている。

またホームヘルパー研修体系の見直しにより、2006年度より導入される介護職員基礎研修を修了したものは、実務経験2年で国家試験受験資格を付与するとしている。

以上の改正の方向について、若干私見を述べれば、すべての者について一定の教育プロセスを経た後、国家試験を受験する方向は、介護福祉士の質の向上という視点から評価できる。ただし3つのルートが果たしてバランスがとれているのが問題である。例えば①は少なくとも高校卒業生が進学する短期大学・4年制大学、あるいは専門学校であるが、③は高等学校である。この改正案では、高等学校と高等教育機関が同じ位置づけであるがこれでよいのか。また②については、どの程度の教育・研修プロセスを課するのが大きな課題であり、中途半端なものではその効果は薄い。総じて言えば①のルートに厳しい案のように思われるが、近い将来むしろその厳しいルートに一本化し、すべての者が養成施設卒業を条件として国家試験が受験できるとする看護師と同様の方向を目指すべきであろう。

(2) 教育内容の充実

介護福祉士の教育内容については、「現行の科目・カリキュラム・シラバスにとらわれず、今日的視点で抜本的に見直す必要がある」¹⁵⁾とした上で、

現在養成課程は2年制が基本であることから、この改正を前提に提案し、他の課程はそれに準ずることとしている。具体的には教育時間を現行1,650時間から1,800時間まで増やすこととしている。

また教育内容については、「人間と社会」、「こころとからだのしくみ」、「介護技術と実習」の3つの領域より構成するとして、その必要性の意味を述べると共に内容を列挙している。

例えば、「人間と社会」については、介護を必要とする者に対する全人格的な理解や尊厳の保持、総合的判断力及び豊かな人間性、教養を涵養するとして大幅な時間数の拡充の必要性を述べ、教科としてコミュニケーション技術、情報処理、社会保障の制度等示している。

「こころとからだのしくみ」については、新たに介護の基礎とし位置づける必要があるとして、相当数の時間数を充てることを提案し、医学、看護、リハビリテーション、心理等の教科を編成することとしている。

「介護技術」については、介護技術の水準は、高齢者、障害児・者等に共通する基本的なものであり、かつ施設、地域（在宅）における介護に汎用のできる介護技術とする。また介護予防からリハビリテーション、看取りまで一貫して理解できるものとする。また個別の介護ニーズに的確に対応できるように介護技術の幅を広げるようにする。

「実習」については、時間数は現行通りとするものの、養成施設、実習施設、実習生の連携のあり方実習指導者資格等を指摘して、その円滑化を図るためモデル事業を実施し検討することを提案¹⁶⁾している。

以上のような教育内容の充実に関して、本稿第II章で述べたより専門性を求められる時代状況を前提とした提案として評価したい。しかし、ここでは国家試験ルートの研修・教育内容が示されておらず、疑問が残る。仮に示されていたとしても、養成課程と同等の教育時間が確保できるわけではなく、バランスを欠くといわざるを得ない。特に国家試験ルー

トの介護福祉士には，3つの領域のうちの「人間と社会」の教科の充実が必要だと指摘しておきたい。

(3) 生涯を通じた能力開発とキャリアアップ

「介護福祉士の国家資格は基礎的能力と位置づけられるものであり，介護福祉士は，資格を取得した後も，介護を取り巻く環境の変化や介護技術の進歩に対応するため，生涯にわたって自己研鑽し，介護の専門的な能力向上に努める必要がある¹⁷⁾と基本的な考え方を述べた上で，介護福祉士や事業者の取り組みを支援するための体系的な研修制度の構築，能力向上が処遇の改善や昇進に繋がっていくようなキャリア開発支援の仕組みづくりの必要性を述べ，ファーストステップ研修，セカンドステップ研修，介護統括責任者研修等現任研修の具体的あり方を提案している。また介護福祉士の資格取得後，一定の教育を行なった上で，専門介護福祉士の資格付与という新たな仕組みの導入も考えられるとしている。

この他，施設長等の資格についても，現在多くの都道府県が社会福祉主事を任用要件としているが，介護福祉士や社会福祉士等現場に従事した経験のある者を念頭に置くことが重要であるとしている¹⁸⁾。

こうした資格取得後，また就職した後の研修は重要なことである。OJTを基本としながら体系的な研修プログラムに沿って教育実施する提案は評価できる。問題はどこが行なうのか，研修実施期間中の人員配置はどのようにするのか等具体的実施段階の詰めであろう。また，専門介護福祉士の提案は一考に価するが，新たな資格発想より，現存の資格の質の向上を先ず図るべきであろう。

(3) その他の提案

先記のように報告書はこの他さまざまな面から介護福祉士を中心に介護を支える人材とその環境について分析し，提案する。特にⅧ章の「魅力と働きがいのある職場づくり¹⁹⁾は，最も重要なテーマと思われる。しかし本稿で先に紹介し分析した²⁰⁾とほぼ同様の介護職員の就労の現状と課題を記し，その上で魅力ある働きがいのある職場づくりの必要性を唱え，雇用管理の改善について述べているが，賃金，

労働時間等労働条件の改善についてはサービス，専門性の向上に比べて具体的提言はほとんどみられない。

2. 介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律

介護労働者も労働者である限り労働基準法，最低賃金法，男女雇用機会均等法を始めとする労働諸法の適応を受け，一定の労働条件・基準は確保される。しかしそれはあくまで最低限のルールである。労働内容に相応しい労働条件が求められる。介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律（以下法律）は「介護労働者について，その雇用管理の改善，能力の開発及び向上等を講ずることにより，介護業務に係わる労働力の確保に資するとともに，介護労働者の福祉の増進を図る」（第1条）を目的として，1992年5月制定された。法律はその後，主として介護保険の制定，その改正と関連して幾度か改正された。

法律はその目的を達成するために，事業主の責務を真っ先に掲げ，「労働環境の改善，教育訓練の実施，福利厚生充実」等（第3条）雇用管理の改善を図ることを改善の努力を促している。

国の責務として，「介護労働者の福祉の増進を図るために必要な施策を総合的かつ効果的に推進するように努めるものとする」（第4条）と規定し，介護雇用管理改善等計画の策定（第6条）を義務付けている。

(1) 介護雇用管理改善等計画

現行の計画は，2005年度から2009年度の5年間で介護保険の見直し等を踏まえ，必要な改正がなされたところである。計画では，先ず基本の考え方で，介護労働者が厳しい労働環境にあり，定着率が低い，介護労働に従事していない有資格者の存在等雇用管理上の課題が多いと述べた上で，目標と具体的施策を述べている²¹⁾。

1) 計画の目標

目標として，介護労働者の離職率を20%以下とすると共に全産業の離職率との乖離を縮小する。介護

労働者の教育・研修の全体の実施率を高めると共に正社員と非正社員との実施率の乖離を縮小する。また介護労働者の仕事の満足度の向上を図っている。

2) 介護労働者の雇用管理改善のための施策

介護労働者の実態についてきめ細やかな実態調査の実施、健康についての専門家による相談も含めた雇用管理の改善等についての相談・セミナー等の実施、雇用管理改善を進める上で参考となるモデルの作成及び情報提供等の実施をする。また後述する改善計画を提出した介護関係事業主に対して、新たに雇用した特定労働者（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）3名まで、1人当たり6ヶ月70万円を限度とした介護基盤人材確保助成金²²⁾の支給、新サービスの提供等に伴い、採用等の人的管理、就業規則等の諸規定整備、健康確保、教育訓練等に対して原則事業経費の2分の1を助成する介護雇用管理助成金²³⁾の活用を促進している。

3) 介護労働者の能力の開発及び向上のための施策

介護労働安定センターにおける離職転職等の早期再就職の促進及び効率的、効果的な労働者の能力開発、公共職業訓練での民間教育訓練機関等を活用した委託訓練等を実施する。また雇用保険の教育訓練給付について、介護・福祉関係の教育訓練講座の指定をする。

(2) 事業主が行なう改善計画

以上は、国が介護労働者の雇用管理の改善や介護労働者の能力向上のための支援をするいわば間接的な取り組みであるが、法律は、介護事業者の改善計画の策定についても規定している。

事業主は「介護関係業務に関わるサービスで現に提供しているものと異なるものの提供」または「雇用する介護労働者の福祉の増進を図るために実施する労働環境の改善、教育訓練の実施、福利厚生の充実その他の雇用管理に関する措置(以下、改善措置)についての計画(以下、改善計画)を作成し、これをその主たる事務所の所在地を管轄する都道府県知

事に提出して、その改善計画が適当である旨の認定を受けることができる」(第8条)として、改善計画には①改善措置の目標 ②改善措置の内容 ③改善措置の実施時期を記載することとしている。

認定改善計画に基づき、先述した雇用保険法の第62条の雇用安定事業、第63条の能力開発事業または第64条の助成及び援助が行われるのである。(第10条)

以上のように法律に基づいて介護労働者の雇用改善や能力開発は国、および一部介護事業主の改善計画を前提とした助成金等を基本とした方法で取り組まれている。助成及び援助方式を否定するものではないが、より抜本的な施策がなされない限り、先に示した介護労働者の現在の雇用状況の改善は困難であるといわざるを得ない。

3. 介護(労働)政策の類型化

視点を変えて、他の国々の介護政策あるいは介護労働の類型化を示したい。ただし、類型化の基準は一律ではなく、また特に近年、各国とも福祉は大きく動き、多様な政策が採られおり、一つの形に当てはめることは容易ではない。そのことを踏まえた上で、介護の福祉政策の位置づけ・システム、関連して介護サービスの供給主体、その前提となる介護観から類型化²⁴⁾を試みたい。

(1) 福祉政策上のシステム

まず介護の福祉政策上の枠組みとして、次の3つのタイプがある。

- ① 社会扶助方式：介護サービスを社会扶助として提供する。従って費用は公費・税金で賄う。スウェーデン、フィンランド等北欧諸国がこのタイプである。
- ② 社会保険方式：介護サービスは介護保険の仕組みの中で提供する。この場合も、公費中心で社会保険を運営するフランス、公費と保険料半々で運営する日本、まったく保険料のみの純粹社会保険方式のドイツがある。
- ③ 民間保険方式：介護は個人・家族の問題とし

てとらえ，必要な場合は個々に民間保険を中心に対応する．アメリカがこのタイプの代表である．

(2) 介護サービスの供給主体

介護サービスの供給主体は，福祉政策システムと関連している²⁵⁾．

①のスウェーデンでは在宅サービスは市町村（コミーン），病院は県，ナーシングホームその他のケア施設は市町村が提供する．ただしエーデル改革により高齢者サービスの権限は市へ一元化した．またフィンランドは在宅，施設共に自治体が供給責任を負う．ただし非営利，営利の民間にも委託可能である．

②のフランスは在宅，施設サービス共に市町村や民間が提供主体である．日本では在宅サービスは市町村，社会福祉法人，民間企業，NPO等，施設サービスは市町村や社会福祉法人が中心であり，ドイツでは在宅，施設サービス共民間福祉団体が中心だが，最近は営利団体が増加している．

③のアメリカでは在宅，施設サービス共民間営利団体が中心である．

介護労働者の労働実態を見ると，公的サービスが多いほど，介護労働者の労働条件は比較的良く，反対に民間営利団体の介護労働者の労働条件は悪い．その典型例のアメリカでは介護労働に従事希望者は少なく，マイノリティと呼ばれる人々や発展途上国の労働者が従事する場合が一般的で，労働条件の悪化の悪循環がみられる．逆にフィンランドでは，公的サービスを基本としながら，職種に応じた専門教育・資格の付与，労働組合また職能組合の発言力等により労働条件は比較的高水準である．

社会保険方式の日本は，公的サービスと民間サービスの，また有資格者と無資格者が混在し，サービスの専門化あるいは単に家族介護の代替のサービスの分かれ道にある．

(3) 介護観

詰めれば基本の介護の担い手は誰かという介護観と関連する．介護は家族があくまで家族がすべきと

いう介護観に立てば，例え家族が介護できない場合も公が家族に代わってサービスを提供するのは適切でなく，民間サービスの対応となる．民間サービス中心のアメリカでは「意外な感もするが，家族介護のウエートは日本より高い」²⁶⁾がそのことを示している．反対に介護は社会的にもととらえるならば公的サービスが中心となる．そしてその双方の立場を踏まえるならば，公的と民間サービスの組み合わせとなり，システムもその両方の性格を持つ社会保険方式となるととらえることもできる．日本は家族介護と社会的介護の揺れ動きの狭間にある．

4. 専門性と労働条件の向上を目指して

(1) 介護の担い手は

日本の場合，家族が介護するは基本にある．しかし既述したように，その意識もさまざまな社会背景の中で変化してきた．また介護したくても介護できない事情もある．家族介護を支援する施策と介護は社会で担う施策の組み合わせが今後の方向であろう．その場合，外部化された介護は単に家族介護の代替ではなく，専門職としての介護であることが望まれる．家族介護と専門職の介護が連携しあってこそより高次の介護が可能となろう．

(2) 名称独占の資格から業務独占，または任用資格へ

介護の代表的な資格は介護福祉士であり，名称独占の資格である．当然のことであるが，介護福祉士以外のものが介護福祉士と称することはできない．ただし介護労働に携わる者は必ずしも，介護福祉士の資格を有する必要はない．名称独占資格の限界である．同資格が設置されたとき，多くの介護労働に従事する者がいた．全ての者に同資格を求めることは不可能であった．しかし，同資格が設定されたのは1987年，既に20年近い歳月が経ち，545,000余人の資格取得者がいる．介護福祉士を有する者のみが介護労働に従事できる業務独占の資格を検討すべき時期である．少なくとも介護労働に従事する時は介護福祉士の資格が求められる任用資格とする方向を

打ち出し、その変更する日時を設定すべきである。無資格者、ヘルパー研修修了者等はその間に介護福祉士資格取得を目指す努力を促したい。

(3) 介護福祉士資格取得方法の見直し

業務独占、あるいは任用資格への移行の前提はより質の高い介護福祉士資格にすることである。そのためには現行の取得3方法の見直しは必須である。まず養成校2年以上の卒業の後、加えて国家試験受験を基本とする。実務経験3年以上国家試験受験者に対しては1年以上の研修と実務経験国家試験受験とする。また高校福祉コースには2年以上の実務経験、さらに介護の奥行きを考えるならば、例えば20歳以上等年齢要件もが国家試験受験の条件とすることも必要であろう。

(4) 当事者の会と介護労働者の会

要介護者あるいはその家族、また介護労働者の会の設立と活発な活動が望まれる。介護はともすれば当事者が抱え込み、個人的努力で解決を迫られる。当事者の会が共通した悩みや問題を明らかにし、施策化できれば介護負担の低減、また介護の質の向上に繋がる。認知症高齢者グループホームは当初そうした家族の会の思いと活動そして提言から具現化したことを思い起こしたい。また介護労働従事者が自ら研修を積み、その能力の向上を図ることが必要だ。また職能的な労働組合を通じて行政、また事業主に対してプロとしての実力を背景に自らの立場を主張することも必要だ。

(5) 介護報酬の見直しと介護保険システムの見直し

介護報酬は事業者の収入となり、そこから介護労働者の賃金は支給される。当然介護報酬が高ければ、高額な賃金を支給する余裕ができる。他方、介護報酬の1割は原則、利用者負担である。また介護保険の財政の全体は、保険料50%（第1号被保険者負担分18%、第2号被保険者負担分32%）、公費50%（国負担分25%、都道府県負担分12.5%、市町村負担分12.5%）で運営される。介護報酬を増額するには、何れかの負担の増額が必要となる。しかし、保険料は2000年介護保険制度実施以降、3年間毎2

度改定されたが、月平均基準額は当初より1,000円以上上昇し4,000円を超えている。このまま進めば、5,000円～6,000円になると予想される。また公費部分の増額を考えるとしたら、その財源はどこに求めるのか課題は大きい。

1つの解決法は、介護保険の対象者を現在の40歳以上から20歳以上、あるいは国民民として障害者・児も介護保険でカバーすることであろう。広く薄く保険料を徴収し、財源の余裕で介護報酬を見直し、それぞれの介護の専門性に応じた介護報酬を設定し直すことであろう。高度な専門的な介護にはそれなりの報酬を設定可能なシステムがなければ介護労働の将来の展望は開けない。

介護労働をより専門化すると共にその仕事に適合する報酬を約束する、今後わが国が目指す介護労働である。

(注)

- 1) cf. 山田修平「介護労働、その位置と展望(1)」『鳥取短期大学研究紀要』第48号 2003年12月 同「介護労働、その位置と展望(2)」第52号 2005年12月
- 2) cf. 同上「介護労働、その位置と展望(2)」pp. 53-56.
- 3) NPO未来は広く地域住民を対象に、福祉の向上、青少年の育成、スポーツ・文化活動等を通し、地域社会全体の活性化を図ることを目的として2004年1月設立された。事業部門制をとり、福祉サービス評価事業の他、未来ウォーク、心のふれあいプロジェクト等幾つかの事業を実施している。会員数113名（2006年9月現在）。
- 4) cf. 介護労働安定センター編「介護事業所における労働の現状—平成17年版—」同センター発行平成17年5月 pp. 231-237.
- 5) 「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項 cf. 前掲「介護労働、その位置と展望(1)」p. 88.
- 6) cf. 「認知症高齢者数（要介護・要支援者）の将来推計・社会福祉の動向編集委員会編『社会福祉の動向2006』中央法規2006年1月 p. 139.

- 7) 厚生統計協会編「厚生 の指標・臨時増刊—国民の福祉の動向」第52巻第12号 2005年p. 145.
- 8) 「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」が平成5年10月26日に厚生省老人保健福祉局長通知として示されている。
- これによると ランクⅡは日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても，誰かが注意していれば自立できる。—なんらかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者。ランクⅢは日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ，介護を必要とする。—一定の介護を必要とする認知症がある高齢者とされている。なお，認知症を有してもほぼ自立できる場合はランクⅠ，常に介護が必要とする認知症はランクⅣ，さらに重症で専門医療も欠かせない場合はランクⅤと分類される。
- 9) 医療経済研究機構「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書平成15年3月
- 10) cf. 厚生統計協会編「厚生 の指標・2005年特別編集号—介護保険関連統計年次推移—」第52巻第16号 2005年12月 pp. 8-9.
- 11) cf. 同上 p. 9.
- 12) 介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会「これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて—」2006年7月5日
- 13) cf. 前掲「介護労働，その位置と展望(2)」pp. 49-50.
- 14) cf. 前掲「これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力の開発に向けて—」 pp. 11-13.
- 15) 同上 p. 14.
- 16) cf. 同上 pp. 14-17.
- 17) 同上 p. 22.
- 18) cf. 同上 p. 24-26.
- 19) cf. 同上 pp. 27-32.
- 20) cf. 前掲「介護労働，その位置と展望(2)」pp. 52-56.
- 21) cf. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/ho33/-3a.pdf/>
- 22) cf. <http://www.kaigo-center.or.jp/jigyo/j4/1.html>
- 23) cf. <http://www.kaigo-center.or.jp/jigyo/j4/2.html>
- 24) cf. Mary Daly (ed.) 'Care Work; The quest for security' International Labour Office · GENEVA 2001
- 介護及び介護労働の体系的な分類，分析，また各国の状況を紹介する幾つかの論文が収録されているが，その中で特に編者・Mary Daly "Care Policies in Western Europe" pp. 33-56.の分類は示唆に富む。
- 25) cf. 稲奈川秀和「介護政策の分析視角」『世界の介護事情』中央法規 2002年pp. 21-23.
- 26) 伊原和人「第11章 アメリカ」同上書 p. 190.