

(表 1-1) 1990-2005 年に高齢者が公的サービスをうけた割合

サービス受給者、年齢集団の%	1990	1993	1995	1998	2000	2003	2005
ホームヘルプサービス、65歳以上	18.7	14.0	11.8	11.2	10.7	10.3	10.2
75歳以上	31.5	25.3	22.1	20.8	19.7	18.7	18.3
85歳以上	42.2	38.3	35.7	35.1	34.8	34.5	34.4
ホームケアサービス、65歳以上			7.3	6.9	6.6	6.3	6.5
75歳以上			13.8	12.9	12.1	11.4	11.5
85歳以上			22.3	21.7	21.3	20.7	20.9
サポートサービス 65歳以上	15.3	15.6	13.4	13.9	13.5	13.8	12.9
インフォーマルケア支援、65歳以上	2.0	1.5	1.5	1.7	1.8	2.2	2.4
75歳以上	3.3	2.5	2.7	2.8	3.0	3.5	3.7
85歳以上	6.6	5.0	5.0	5.0	5.3	5.9	6.0
シェルター住宅、75歳以上、12/31			3.4	4.4	5.1	5.5	5.4
85歳以上、12/31			5.8	8.1		11.5	11.5
24時間ケア付シェルター住宅 75歳						2.8	3.4
85歳						6.2	7.5
高齢者ホーム、75歳以上、12/31	3.8	3.3	6.5	5.6	5.3	4.7	4.3
85歳以上、12/31	19.1	17.0		13.6	12.6	11.4	10.4
ヘルスセンター病院の長期ケア、75歳以上、12/31	3.3	3.7	3.7	3.2	3.1	2.5	2.5

出典：Care and Service for Older Peoples 2005 ,STAKES

(表 1-2) 高齢者サービスの人口カバー率およびサービス利用に関する全国目標 2004 年

サービス名	サービス受給者数 1)	75 歳人口に占める割合 %	75 歳以上人口に占める割合の目標 %
在宅介護	7450 (世帯数)	17.7	25 2)
親族介護手当て	13531	3.6	8 3)
ケアつき住宅	20900	5.5	3~5 4)
ナーシングホーム	17164	4.5	5~7 4)
ヘルスセンター病床 長期療養型病床	7418	1.9	

- 1) 2004 年度に地方自治体が提供したサービス。フィンランド自治体連合。
- 2) 社会・保健医療ケアの目標と活動プログラム (TATO) 2004-2007。
- 3) 社会保健省の依頼にもとづく親族介護に関する作業委員会の諮問人の提示。親族介護の全国的改正。諮問人による報告書。社会保健省作業委員会メモ 2004: 3 月。
- 4) 高齢者政策の目標と戦略委員会報告書。2001 年に向けた高齢者政策。委員会報告書 1996: 1 月。目標%は、ヘルスセンターの病床群と長期療養型病床群を合わせた目標となっている。

(表 1-3) ホームケアの訪問 (月)

Regular home care, clients 65 and over 30.11.					
	Home-help or home-nursing visits/month				
	1-8	9-16	17-40	41 -	Total
1995	50,3 %	16,2 %	18,3 %	15,2 %	100 %
2001	41,9 %	15,3 %	18,6 %	24,3 %	100 %
2005	42,4 %	12,7 %	18,2 %	26,8 %	100 %

出典 : Care Register for Social Welfare, STAKES

(表1-4) 北欧諸国の比較 (2004)

	デンマーク	フィンランド	アイスランド	ノルウェイ	スウェーデン
施設ケア 実数	66858人	56674	3242	71094	113826
%	8.2	6.8	9.4	11.8	7.3
ホームヘルプ サービス 実数	175662	81207	6663	85213	132317
%	21.6	9.8	19.2	14.1	8.5

資料) Nordic Statistical Committee, 2006, Social Protection in Nordic Countries, 2004

(2) サービスの認定

2004年時点で300の自治体が利用しているサービスの認定基準はRAVAインデックスである。一定の書式において、視聴覚能力、会話、運動、排尿、食事、投薬、着衣、記憶、精神行動、居住等の13の項目についてポイントがつけられ、(表2)のような介護認定が行われる。更に、自治体が召集するSASグループがサービス認定を行う。SASグループは、ヘルスセンター医師、在宅サービス代表者、行政代表者、ナーシングホーム代表者等、地域の社会・保健医療サービス関係者によって構成される。

このRAVAインデックスがたまかで、とくに心理面、精神面の状況把握に弱いという問題が指摘されている。今日、RAVAに取って代わって普及しつつあるのが、RAYインデックスである。特に、認知症の発見に有効といわれている。

(表2) RAVA インデックスと介護の必要度とその適用

RAVAインデックス値	ケアの必要度	推薦されるべきケア	2次的收容先
1.29~1.49	要随時ケア	在宅にて独立して	親族の支援で在宅
1.50~1.99	要ケア	在宅ケア	強化型ケアつき住宅
2.00~2.49	要監視下ケア	強化型在宅ケア	強化型ケアつき住宅
2.50~3.49	要監視下ケア	強化型ケア	ナーシングホーム/強化型ケア
3.00~3.49	要強化型ケア	ナーシングホームケア	ヘルスセンター付属病床/強化型在宅ケア
3.50~4.02	要全ケア	ヘルスセンター付属病床	ナーシングホーム/強化型在宅ケア

4. 介護サービス従事者の現状

北欧諸国の介護サービス従事者はどの国においてもほぼ95%以上が女性であり、その多くが30歳代以上、という共通点がある。男性や若者の参入が少ないのは、ケアワーカーの社会的評価が低く低賃金・不安定労働である、という国際的動向がある。しかし、その中でも、フィンランドの介護サービス従事者は、高い教育・トレーニングを受け、フルタイムが多く、自治体職員の割合が高く、給料が高い、という特徴が挙げられている³。

本節では、2種類の資料から、上記のように特徴づけられるフィンランドの介護サービス従事者の現状を見ていく。1つは、STAKES (National Research and Development Center for Welfare and Health) 発行のアンニュアル・レポート *Care and Service for Older Peoples* (2005) であり、もう1つは、介護サービス従事者の最大の労働組合であるSUPERのデータである。

とりわけ前者は、1990年から2005年の変化を捉えている。1節で述べたように、フィンランドは90年代初頭の景気後退を背景にしたサービス構造改革の展開において、ケアワーカーの養成教育の変更、新しい資格の創出(ラヒホイタヤ=practical nurse)、施設ケアから在宅ケアへの政策転換による従事者の就労場所の移動などがおこなわれたが、その変化の様相も伺える。

(1) 介護サービス従事者の推移 (STAKES、Care and Service for Older Peoples、2005)

フィンランドの介護サービス従事者の全体数は2005年度で、社会ケアサービス従事者98,000人、ヘルスケアサービス従事者121,000人の計219,000人(自治体・自治体連合雇用)である。プライベート・セクター²のサービス従事者数は2004年度で71800人であり、過去10年間で急増している。

しかし、高齢者のサービスに限定するとデータの把握は難しい。ここでは、ホームヘルプ、訪問看護、シェルターハウス、高齢者施設、ヘルスセンターの長期療養で働く従事者に限定する。これらのサービスの利用者が殆ど高齢者だからである。その数は自治体雇用が約50,000人、パブリックが約30,000人の計8万人とみなされる。以下の表に見るように90年代初頭から増加はしているが、不況時に増加率を抑制したため、高齢者人口の伸び率に比べわずかな増加率である。

(表3-1-1)は、ホームヘルプと訪問看護従事者(自治体及び自治体連合職員)の推移を示す。

ホームヘルパーはこの5年間で6.5%の減少である一方、訪問看護の増加率が著しい。こ

³ OECD, 1998, *The Future of Female-Dominated Occupations* (=2002 「女性優位職業の将来—OECD加盟国の現状」) 179-200

Nordic Minister, 2005, *Alderomsorgsforskning i Norden* (Tema Nord 2005:508) の第5章 北欧諸国における高齢者介護職員の労働条件: 研究の概要

² プライベート・セクターとはNPOと民間企業である。

これは、この間、半数近い自治体がこれらの2つの仕事を統合しており、訪問看護の分類にカウントされるのが増加したためである。つまり、在宅ケアワーカーとして一括すると2005年度は15234人で90年比16.4%の増加である。しかし、75歳以上1000人あたりの従事者数は46.3から38.8に減少しているのは特徴的である。

(表3-1-2)はシェルターハウスと高齢者施設および長期療養病棟のサービス従事者の推移を示している。これはパブリックとプライベート別に見ることができる³。

在宅ケア以外のこれらのサービス従事者の合計は49,484人であるが、そのうちの36,116人、つまり87.3%はパブリックの従事者である。それは、高齢者施設の殆どとヘルスセンターは80年代にパブリックの責任で増加したからであり、プライベートのシェルターハウスが積極的に作られるのは2000年代になってからである。しかし、この間、パブリックの高齢者施設の従事者の減少は大きく、施設から在宅への方針転換を反映している。その反面、プライベートのシェルターハウスの増加率が著しい。サービス供給の多様化への移行が着実に進んでいることが反映されている。

ところで、サービス構造の改革は、ケアワークの養成教育を介して、職種や名称の変更をおこなった。(表3-2 A, B)は在宅ケアにおける変化、(表3-3 A, B)は施設等の変化を示している。

STAKESのデータでは、高齢者のケアを直接行う職種として以下の9種類をあげ、1990年から2005年までの15年間の従事者数の変化を表している。フィンランド語の英語訳(統計書はフィンランド語、スウェーデン語、英語の3カ国語で書かれている)であるが適切な和訳がみつからないのでそのままとする。

Ward sisters, nurse, public health nurse, social work instructors and educators, practical nurses, practical mental nurses, social work assistants, home care assistants, assistant nurses, hospital ward assistants, other⁴

在宅ケアのホームヘルプとホームナーシングの動向からフィンランド特有の興味深い事実が浮かび上がる(表3-2 A, B)。ホームヘルプサービスの主要な担い手が、home care assistantsからpractical nursesにとって代わりつつあることである。とりわけ、95年の新しいpractical nursesの資格保有者の卒業を機に、practical nursesは急速に増加して

³ 他の北欧諸国においてもプライベートなサービス供給が導入されているが、プライベートなセクターで働くワーカーの実態の把握は困難とされている中で、唯一、フィンランドで可能であるとされている(Nordic Minister, 2005)。が、ここでもデータが把握されるのは、施設系で働くワーカー数に限られる。

⁴ ただし、本節では利用者のサービスを直接行う者に限り、以下の3職種は除く。assistant nurses, hospital ward assistants, other

いる(95-2005、2700倍)。また、social work 関係の割合が減じ、nurse, public health nurse の割合が増加している。このことは、ホームヘルプサービス従事者がトータルとして微減する中で、仕事内容がより医療化していることをしめしている。一方、ホームナーシングでは、主要な担い手が public health nurse から practical nurses へとって代わっている。また、ホームヘルプとは逆に social work 関係がまだ絶対数は少ないが増加している(2000-2005、700倍)。これは、先ほどとは逆に、看護の社会サービス化を示している。つまり、多くの自治体では、社会サービスとヘルスサービスの統合を進め、その主要な担い手が、双方のサービスのための基礎教育学んだ practical nurses になってきつつあることを反映している。そして nurse や social work 系のスタッフはリーダー、専門スタッフとしてのあらたな役割を与えられていると考えられる。

シェルターハウスでも、過去5年間で入居者のケアは home care assistants から practical nurses に入れ替わっている(表3-3A)。高齢者施設(レジデンシャル・ホーム)とヘルスセンターでも同様に、圧倒的に practical nurses が主要な担い手である(表3-3B,C)。統計上、90年も、両施設では主な担い手は practical nurses であるが、それは準看のことを指し、95年からは新しい資格としてのラヒホイタヤ、つまり現在の practical nurse を意味している。

以上のように、現在の高齢者の介護現場では多様な職種の従事者がともに働いているが、95年のラヒホイタヤ(practical nurses)の資格の創設以来、3年間の職業教育を受けたケアワーカーが在宅でも施設系でも主要な担い手になっていることを読み取ることが出来る。他の北欧諸国のケアワーカーより高いレベルの専門を有していることは明らかである。

(2) 雇用形態、賃金など(労働組合 SUPER の組合員のデータから)

SURPER (The Finnish Union of Practical Nurses) は、中等レベルの職業教育を受けた介護サービス従事者の最大の労働組合である。会員は2007年現在で68000人であり、自治体雇用のプラクティカルナースの殆どが加盟している。この中にはラヒホイタヤ養成学校の学生や現在失業している組合員も含まれる。96.3%が女性である。平均年齢は学生も含むと37歳であるが、除くと43歳である。

組合員の保有する資格は、準看 enrolled nurse 21%、ラヒホイタヤ practical nurse(旧) 10%、ラヒホイタヤ practical nurse(新) 66%、その他 1.4%であり、8割弱がラヒホイタヤの資格を保有しており、今後もそれは拡大すると思われる。ラヒホイタヤの養成内容は次節で述べるが、広範囲な介護領域をカバーするため様々な職場で働いている。主にはヘルスセンター、高齢者用住宅、在宅ケアであり、高齢者介護サービスの担い手であることは STAKES のデータと同様である。彼女たちの雇用者は殆どが自治体、つまりパブリックであり(79%)、プライベートは20%に過ぎない。しかし、これはプライベートセクタ

一に雇用されているワーカーが組合に組織されていないことを意味するものではない。まだ、フィンランドのケアワーカーの公私の雇用先そのものが大体7:3であるからである。それでも、今後は、シェルターハウスに見られるようにサービス供給の多様化の中でプライベートの割合は増加するであろう。それがケアワークに及ぼす影響はまだ明確ではない。

組合員の賃金は2008年1月現在で、最低が1640円、最高が2300円である。フィンランドの現業職（男性も含む）が2400円であることから、女性職としてはそれほど低い水準ではない、と言われている。ただし、金額が雇用形態や労働密度に見合うかどうかの問題を含む。

組合員の雇用形態は大部分が正規雇用であるが、固定した期間契約が23%、パートタイムが11%いる。これらの非正規の雇用の背景には、1つは、90年代初頭の不況期に人件費抑制のため、自治体がフルタイムの正規雇用の採用に慎重であったことがあげられる。2つめに、ケアワーカーは、病気や腰痛などによる休暇が多く、また、育児休業やサバティカルなどで休暇をとることも多い。そのための代替要員としての期限付き雇用である。とくに問題なのは、このような非正規雇用を繰り返す中で、手当や休暇保障などの権利を失ってしまうケースである。組合では、このような人々をフルタイムにする運動を行っている。少なくともフルタイムの割合を不況以前に戻すよう自治体に働きかけている。

健康問題と早期退職

ケアワークは他の職種に比べて65歳まで働く人はいない。平均退職年齢は58歳である。ストレスや、背筋を痛めるなどの健康破壊は深刻である。特にフィンランドはサービス受給年齢者の増大に比してワーカーを増大を抑制してきたので、在宅でも施設系でも労働密度は高まっている。高齢者に向き合ってじっくり話しをする機会が失われたことに対する不満が大きい。これらの状況に対し、組合は仕事の見直しや労働環境を改良するプロジェクト等をたちあげ、解決方法を探っている。

労働組合

北欧諸国は労働者の組合組織率は極めて高いことが特徴的であるが、フィンランドにおいても4つの中央組織を持つ大規模組合があり⁵、介護サービス従事者の組合（SUPER）もその1つである。同時にその1つであるホワイトカラー労働者の組合（STTK）の傘下にある。現在はEUのユニオンにも参加し国際的イシューについても取り組んでいる。

創立は1948年である。組合員は先述のように、約680,000人で、中等職業教育を受けたケアワーカーの大部分を組織している。現役の労働者のみではなく、職業学校でトレー

⁵ AKAVA(専門職の組合)、STTK(ホワイトカラー労働者の組合)、SUPER(ケア労働者の組合:STTKの傘下)、SAK(ブルーカラー労働者の組合)

ニング中の学生もメンバーになることができる。

組織構成は包括的で、Development unit, Negotiation unit, Information unit, Economic unit, Membership unit, Branch unit(208のLocal units)がある。これらを母体に、組合員の権利保障、教育、研究、相談など多様な活動を行っている。

このように、フィンランドでは労組が産別組織であるために、公私に関わらず SUPER に加盟し、雇用者と団体交渉（多くは地方自治体・政府）によって同等な労働条件を獲得できる。従って、このような組合の存在はフィンランドの介護サービス従事者の安定した雇用条件の確保や生涯教育によるキャリアアップのサポートなど、職業人生においてきわめて重要な役割を果たしている。

(表 3-1-1) ホームヘルプと訪問看護従事者の推移(自治体及び自治体連合職員) 1990-2005

	1990	1995	2000	2005	1990-2005 の増減%	2000- 2005 の増減%
ホームヘルプ	11442	12586	12792	11957	4.5	-6.5
75歳以上 1000人 当たり従事者	40.4	41.9	37.6	30.4		
訪問看護	1651	1357	1312	3227	98.5	149.8
75歳以上 1000人 当たり従事者	5.8	4.5	3.9	8.3		
計	13093	13943	14104	15234	16.4	8.0
75歳以上 1000人 当たり従事者	46.3	46.5	41.4	38.8		

Source: Local Government Sector Wages and Salaries

(表 3-1-2) シェルターハウス・レジデンシャルホーム・ヘルスセンター従事者の推移

	1990	1995	2000	2005	1990- 2005 の増減%	2000- 2005 の増減%
シェルターハウス						
パブリック	1062	1481	2724	4574	208.8	67.9
プライベート	1353	2589	6263	10276	296.9	64.1
75歳以上 1000人当たり 従事者	8.5	13.6	26.4	37.8		
レジデンシャルホーム						
パブリック	16410	15031	14694	13012	-13.4	-11.4
プライベート	2341	2382	3284	3092	29.8	-5.8
75歳以上 1000人当たり 従事者	66.2	58.0	52.8	41.0		
ヘルスセンター	19877	17418	18419	18530	6.4	0.6
75歳以上 1000人当たり 従事者	70.2	58.0	54.1	47.2		
計	41043	38901	45384	49484	20.6	0.9

Data on private sector services are for 2004

(表3-2) 在宅ケア介護労働者数の主たる職種別構成の推移(1995-2005)(自治体及び自治体連合職員)

A ホームヘルプサービス

	1990	1995	2000	2005	1995-2000 の増加率%	2000-2005 の増加率%
Ward sisters		5	24	32	540.0	33.3
Nurses	7	34	136	410	1105.9	201.5
Public health nurses	1	19	45	79	315.8	75.6
Social worker	275	539	552	389	-27.8	-29.5
Practical nurses	9	150	1567	4204	2702.7	168.3
Practical mental nurses	1	8	6	1	-87.5	-83.3
social work assistants	6	49	70	183	373.5	161.4
Homecare assistants	10848	11375	9987	6154	-45.9	-38.4
合計	11,146	12,177	12,385	11,452	-6.0	-7.5

Source: Local Government Sector Wages and Salaries OSF, Statistics Finland

B ホームナーシング

	1990	1995	2000	2005	1995-2000 の増加率	2000-2005 の増加率
Ward sisters	68	35	34	32	-8.6	-5.9
Nurses	217	192	275	423	120.3	53.8
Public health nurses	645	483	473	688	42.4	45.5
Social worker	-	18	11	91	405.6	727.3
Practical nurses	370	245	171	1320	438.8	671.9
practical mental nurses	1	2	4	5	150.0	25.0
Homecare assistants	57	233	240	593	154.5	147.1
合計	1358	1,207	1,207	3153	161.2	161.2

Source: Local Government Sector Wages and Salaries OSF, Statistics Finland

(表 3-3) 「施設」 ケア介護労働者数の主たる職種別構成の推移 (1995-2005) (自治体及び自治体連合職員)

A シェルタード・ハウス

	1990	1995	2000	2005	1995-2000 の増加率	2000-2005 の増加率
Ward sisters	1	5	11	56	1020,0	409,1
Nurses	1	48	130	408	750,0	213,8
Public health nurses		2	10	15	650,0	50,0
Social worker	21	56	117	98	75,0	-16,2
Practical nurses	33	236	747	2352	896,6	214,9
practical mental nurses		5	9	7	40,0	-22,2
social work assistants,	24	38	65	60	57,9	-7,7
Homecare assistants	60	388	751	530	36,6	-29,4
合計	139	777	1840	3525	353,7	91,6

Source: Local Government Sector Wages and Salaries OSF. Statistics Finland

B レジデンシャルホーム

	1990	1995	2000	2005	1995-2000 の増加率	2000-2005 の増加率
Ward sisters	273	377	1108	1155	-21,3	-21,9
Nurses	833	886	1108	1155	30,4	4,2
Public health nurses		2	5	14	600,0	180,0
Social worker	30	58	119	79	36,2	-33,6
Practical nurses	4163	4531	5685	6385	40,9	12,3
practical mental nurses	5	8	8	8	0,0	0,0
Social work assistance	35	37	82	117	216,2	42,7
Homecare assistants	345	604	563	432	-28,5	-23,3
合計	5683	6404	7850	8406	31,3	7,1

Source: Local Government Sector Wages and Salaries OSF. Statistics Finland

C ヘルスセンター長期療養

	1990	1995	2000	2005	1995-2000 の増加率	2000-2005 の増加率
Ward sisters	1268	1101	1078	857	-22,2	-20,5
Nurses	3142	3429	4546	4719	37.6	3.8
Public health nurses	28	22	18	64	190.9	255.6
social worker	1	-	4	45		1025,0
Practical nurses	6228	6572	7070	7608	15.8	7.6
Social work assistance	-	6	12	6	0,0	-50,0
Homecare assistants	3	24	25	225	837.5	800.0
合計	10738	11289	12900	13706	21,4	6,2

Source: Local Government Sector Wages and Salaries OSF, Statistics Finland

5. 介護サービス従事者の確保育成

フィンランドの社会・保健サービスに従事するケアワーカーは OECD 諸国の中でもフルタイムが多く、教育レベルが高いことで知られている (OECD,2002)。また、北欧 5 カ国の比較研究においてもこの点がフィンランドの特色として挙げられている (Szebehely,M.(eds),2005)。

その背景には 90 年代初頭からフィンランドが取り組んできた、長期展望の社会保健医療サービスの構造改革がある。フィンランド政府は 1992 年に、2000 年を目標とした「サービス構造に関する作業部会の報告書」(フィンランド社会・保健省)(作業部会は 1991 年設置)を発表した。第 1 節で述べたように、その骨子は「75 歳以上の高齢者の 90%以上が在宅で独立して、あるいは社会・保健サービスを利用することによって、あるいは親族や近隣の支援によって生活してゆけること」を明確な目標として打ち出し、高齢者介護サービスを施設ケアから在宅ケアへの更なる転換をうちだしたことである。そして、在宅ケアサービスの充実や住宅改良などの計画的遂行を掲げたことである。そこでは、マンパワーの問題は以下のように位置づけられている。

「他職種人材資源の持つ能力の利用を新しい形で行うことも改革の骨子である。こうして現在の人材資源によっても、施策やサービス構造を改革することで、質の高いサービスを提供することが出来るものとする。よく計画され、指導された施策であれば、現在のマンパワー規模によってもなるべく長い期間、例えばこれから 10 年間にわたっても増大

するサービス需要に対処できるはずである」

「施設の収容数を 10 年間に段階的に削減し、代替のオープンケアをその減少に応じて行うことにした。試算ではマンパワーの総数については増加も減少も無いものとし、施設ケアで減少するマンパワーや公務をオープンケアに移すものとした」

施設ケアから在宅ケアへの政策転換という、大掛かりなサービス構造の変化にも関わらず、マンパワーの総量は変えずに、一人ひとりのケアワーカーの能力向上 (competence) を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうというものである。おりしも、90 年代初頭は景気後退の最中であり、フィンランド政府のしたたかな計算が読み取れる。

このような改革は、労働、社会保健医療サービス、教育の各部門が一体となって行われなければならない。教育省では、このような背景から職業訓練教育の大幅な改革に踏み出した。ここではその具体例として、特に中等職業訓練教育の改革における「ラヒホイタヤ」(英語では practical nurse) という新しい資格の創出と現状についてみてゆく。(なお、高等職業訓練教育は看護師教育であり、現在進行中である)。ラヒホイタヤ (practical nurse) 教育は、1993 年からスタートした。全国共通の「学習指導要領」のもと、3 年間 (120 単位) の教育は、社会保健医療資格を得るための唯一の教育である。今日ではホームヘルパーや准看、保育士等の単独の養成コースは廃止された。前節でみたように、今日では、在宅・施設系の双方の高齢者ケアサービスにおいて、ラヒホイタヤ (practical nurse) は中核的ポジションにあることがわかった。今後、フィンランドのケアワークは、このような専門教育を受けた相対的に質の高いケアワーカーによって担われてゆくことになる。

以下、本節では、「学習指導要領」およびその他の政策文書を参考にラヒホイタヤ教育の内容をみてゆくこととする⁴。なかでも、高齢者ケア専門課程については詳しくみてゆくこととする。

(1) ラヒホイタヤ養成教育の展開

ラヒホイタヤという資格の創出とそのための教育は 1993 年に全国的にスタートするが、その間、1995 年および 2001 年に「学習指導要領」が改正された。また、養成期間も 2 年から 2 年半、1999 年には 3 年となった。それからほぼ 10 年経過し、次回の「学習指導要領」の改正 (2010 年) に向けて改訂作業が開始されているが、大きな変化は無いようである。現在の養成カリキュラムが広く認められていることの反映である。この間の経過は、フィンランド社会保健省の「社会分野の技能、労働力および教育の必要性に関する予測プ

⁴ ここで用いる「学習指導要領」はフィンランド教育庁発行の 2001 年度版であり河田舜二氏訳である。次回の改定は 2010 年であるが、部分的改訂に留まるようである。その他「社会分野の技能、労働力および教育の必要性に関する予測プロジェクト中間報告書」フィンランド社会保健省 (2005 年) (河田訳) を参照する

プロジェクト-中間報告書」(2005年)詳しい。少し長いが引用しよう。

「新しい広範な分野を統合する社会・保健医療基礎資格の計画は、地方自治体中央連合の発案で、官僚が準備を行なう形で(SOLA作業グループ、SOTEKO作業グループ)1990年代の初期にスタートした。この資格に関する全国共通の学習指導要綱は1993年5月に認可され、ラヒホイタヤ教育は同年秋からスタートした。当初それは並存的な教育としてスタートしたが、1995年からは社会・保健医療基礎資格を得るための唯一の教育となった。同じく1995年には、この資格の全国共通の学習指導要綱が改正され、資格名称として現在使われている『社会・保健医療基礎資格、ラヒホイタヤ』が公認された。資格はあわせて保健医療安全センター(TEO)に資格として登録された。(Vuorenmaa & Räisänen 1997; Rintala & Elovainio 1997; Alppivuori 2002; Rantanen 2004.) ラヒホイタヤ資格は、その教育が1993年にスタートする際に、教育省の決定により、その前身である10の中卒対象の職業資格を統合するものとされた。ラヒホイタヤ資格の前身となるのは、保健医療部門における7つの資格である; perushoitaja ペルスホイタヤ(準看護婦)、mielenterveyshoitaja(精神障害看護助手)、hammashoitaja(歯科助手)、lastenhoitaja(保母/保育士)、jalkojenhoitaja(ペディケア士)、kuntohoitaja(リハビリ助手) lääkinävahtimestari-sairaankuljettaja(救急救命士-救急運転手)。

また社会ケア部門でラヒホイタヤ資格の前身となるのは次の3つの資格である; kehitysvammaistenhoitaja(知的障害福祉士) kodinhoitaja(ホームヘルパー) päivähoitaja(日中保育士)。ラヒホイタヤ教育は1999年に再度改正された。ラヒホイタヤ教育は3年間の教育となり、資格には120学習週の修学が必要となった。以前には教育期間が2年半であり、100学習週の修学であった。ラヒホイタヤ教育に関して、またその実務上の対応性に関して、1990年代の後期までに問題点として上がってきていたもののうち中心的な内容は、関連文献によれば、ラヒホイタヤの就職の困難さ、特に保健医療分野への職務への就業の難しさ、実習の不十分さ、実習期間の不十分な実施、および資格内の選択肢としての専門化過程における深みのない学習に向けられていた。

特に、実習期間中の指導や指導教官に対して厳しい批判が向けられた。広範な分野を目標としている資格は「表面をなめるだけに過ぎない」と酷評された。こうした問題点に対する解決策として、実習期間の長さや質の向上に特に留意されることとなり、資格の専門化過程が資格内の独立した教育プログラムとして1年間に延長されることとなった。(Vuorenmaa & Räisänen 1997; Rintala & Elovainio 1997; Opetushallitus 2001; Alppivuori 2002.) (フィンランド社会保健省、2005年)。

このように、とりわけ、医療分野から、“専門性”が低く使い物にならない、と言う批判がでたが、教育省あるいはケアワーカー養成者には、これからのケアワークは「患者一病

気を持つ人」のみではなく「援助とケアを必要としている一人の人間」という観点が必要であるとし、他分野間の基礎訓練を行うラヒホイタヤの資格の優位性を主張してきた。

「例えこの資格の問題点が実習の不足と専門職としての深みの不足にあるとされても、この資格の持つ広範な性格を放棄することが意図されることはなかった。それこそがこの資格の特別な強さであり、今後ともそうであると信じられている。資格の中心に位置を占めるのは、社会・保健医療サービス分野にとって共通したものと考えられている、養育、看護、介護における基礎的技能である。これらに加えて、2001年の全国共通の学習指導要綱は特に、人間関係・社会的相互作用能力の向上、多職種性や多文化性あるいは利用者ベースのサービスなどへの対応性を強調している」（フィンランド社会保健省、同）

② ラヒホイタヤの教育内容

① ラヒホイタヤの教育目標

ラヒホイタヤの教育目標について、学習指導要領には次のように書かれている。ここには、フィンランド社会における、ケアの理念、ケアの“専門性”観が述べられている。

「社会・保健医療の仕事とは、人々と共に、人々のために行なわれる仕事である。本資格を取得した者には、良き人間関係・社会的相互作用能力、話し合いの能力、グループ作業能力、プロジェクト作業能力、言語能力や社会・保健医療分野での看護、介護、養育に関するしっかりとした任務遂行能力が要求される。資格取得者には、異なったタイプの人々や異なった年齢の人々のリソースや活動能力を、人々自身をスタート基盤とした形でサポートし、彼らの文化的、価値観的な世界にも配慮をおこなうことができる技能が備わっていなければならない。彼は同時に、実務的な養育、看護、介護技能に加えて、その分野に普遍的な価値観や職業倫理観、寛容性や問題解決能力をも併せもつものでなければならない。」(Opetushallitus フィンランド教育庁 2001、12)」

② カリキュラム

ラヒホイタヤ資格の学習指導要綱は3つの部分に分かれている（図2）

〔1〕全員に共通の一般教養学習（20学習週）（うち16学習週は必修であり、4学習週が選択対象である）

〔2〕全員に共通の職業訓練学習（50学習週）

〔3〕全員に共通ではなく、それぞれに選ばれた専攻過程に沿って選ばれる学習（40学習週）。この職業専攻過程における学習には、図のように、9つの異なったコースがある。

ラヒホイタヤ教育を受ける者は、1年目と2年目で、一般教養科目（20単位・以下同じ）

と選択科目（10）、およびラヒホイタヤとして必須の職業的基礎学習（50）の計80単位を修得する。1学習時間=1単位=40時間であるので、2000時間（講義・演習1320時間、実習680時間）に及ぶ広範な基礎能力の学習と異なる5箇所での実習（保育園、在宅ケア、施設ケア、病院（救急およびリハビリ部門）など）を通して、高齢者介護や、精神障害者の介護、保育園、病院やヘルスセンターの介護など自分が興味を持つ分野を見つけ、学科・実技のテストにパスした後、3年目で9つの専門課程のどれか一つを選択しより専門的な学習を行う。各専門課程は40単位でありその中に14単位の实習（そのうち2単位が技能披露試験にあてがわれる）を含む。1600時間（講義・演習 1040時間、実習 560時間）である。

（図2） ラヒホイタヤ (practical nurse) カリキュラム

職業専攻過程 プログラム (各40単位)		1 単位=40 時間
オプション学習プログラム (それぞれ実習 14 単位)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 児童・青少年ケア教育専門課程 2. 顧客サービス・情報管理専門課程 3. 高齢者ケア専門課程 4. 障害者ケア専門課程 5. 口腔・歯科衛生専門課程 6. 精神衛生、依存性中毒ケア専門課程 7. 救急ケア専門課程 8. リハビリケア専門課程 9. 看護・介護専門課程 		
↑	↑	↑
職業基礎学習 (50単位)		
<ol style="list-style-type: none"> 3. リハビリ援助 (12 単位) : 講義と実習 (5 単位) 2. 介護と看護 (22 単位) : 講義と実習 (4 + 4 単位) 1. 成長への指導と援助 (16 単位) : 講義と実習 (4 単位) 		
一般教養 (20 単位) 数学、化学、フィンランド語、スウェーデン語		
選択科目 (10 単位)		

フィンランド教育庁『社会・保健医療分野の基礎資格』2001年発行より

専門課程の学科と実技試験にパスした学生は、保健医療に関するリーガルレジストレーションに届け出ると、修了証明書が発行される。ラヒホイタヤの資格は先述したようにあらゆるケアワークの仕事に使える。保育園で働いた後、高齢者のホームヘルパーとして働いたり精神障害者施設でも働くことが可能である。更に、フィンランドでは、資格者全員に

EU 参加国でも通用する追加証明書を発行している（EU のケアワーカーの技能区分では第3レベルに相当）。まさに国内でも海外でも「つぶし」の利く資格なのである。

卒業要件の実技試験にはかなり力を入れており、全国レベルでの「技能披露試験」で審査を受ける。そのため、1-3年間の「実習」は極めて大事である。1-2年の実習先は各地域のケア施設である。学校から現場に学生1人当たり8-50ユーロを支払って指導してもらう。3年生は逆に現場が学生に支払う。現場には実習の責任者を置くことが規則で決められており、学校側は大体2週間に1回、見回って点検を行う。最終的に実技の成績をつけるのは現場の責任者である。

③ 内容

i 職業基礎学習（50単位）

全員に共通の職業基礎学習の内容こそがまさにラヒホイタヤ資格取得者の職業的教育と技能を物語っている。以下の3種類の学習を「学習指導要綱」から抜粋する。

1. 成長の支援と指導（16学習週）
2. 看護と介護（22学習週）
3. リハビリへの支援（12学習週）

・成長の支援と指導（16学習週）：多くの意味でこの職業的能力と教育全体の知的な出発点であるといえる。この学習期間は形式的には5つの異なった内容群に分かれている。それらは（Opetushallitus 2001, 50-52参照）：学習の仕方と情報入手法を学ぶ、社会・保健医療分野の職業の社会的な基盤を学ぶ、職業倫理の基本を学ぶ、職業上の社会的相互作用や成長の支援と指導を学ぶ。成長の支援と指導の学習は分析的に3つの相互の異なる部分に別けることができる。本学習期間では、第一に学習の仕方と情報の入手方法や包括的な全体像を掴むことに中心点を置く。第二に、職業上の社会的相互作用一般、そして第三に患者や利用者との間の社会的相互作用に中心点が置かれる。

・看護と介護（22学習週）：本資格の職業的な核となる内容、すなわち、資格において中心的な位置を占める基礎看護、基礎介護の学習に加えて、サービスシステムに関すること（など）の学習が含まれている。本学習期間は8つの異なった内容群に分かれている。それらは、（Opetushallitus 2001, 53-57参照）：社会・保健医療のサービスシステムの機能、看護作業と介護作業、看護作業の機能、介護作業の機能、与薬、消毒、救急および労働安全である。

・リハビリの支援（12学習週）：2つの異なった内容群に分かれている。それらは、（Opetushallitus 2001, 59-61参照）：リハビリの支援と活動能力度の支援である。本学習期間の学習目標には、利用者の自己決定権を尊重して行なわれるリハビリ的效果を持つ作業手法の習得が含まれる。独立作業において計画的に行なわれるリハビリ的效果を持つ作

業手法（例えば、在宅介護）では、異なる利用者グループが持つ特別の必要性や、それらのグループのための特別のサービスや支援形態などに関する包括的で多面的な知識が前提条件となる。またラヒホイタヤは、彼女自身が自分の労働能力を支援し、自分の仕事での疲弊を軽減すると言う意味で、リハビリ的効果を持つ観点や作業手法の対象にもなるわけである。

2年間にわたって行われる基礎学習の内容はきわめて広範で、年齢や障害や症状の異なるあらゆるケアを必要とする人々に対応できる人間的能力とスキルや知識を学習する内容となっている。これらの学習には、先述の職業訓練改革における業務委任の政策と関わり、ラヒホイタヤの技能の目標値がかなり広範に設置されていることも反映されている。つまり、投薬、注射、衛生教育、放射線、栄養関係、アルコール関係の勉強等も盛り込まれているが、例えば、1. 看護と介護の分野のける家事サービスの学習では、掃除、洗濯、食事、衛生管理等について学ぶが、次の専門コース、例えば高齢者ケアの専門課程での家事援助に関する内容では、栄養学や糖尿病の人への特別な食事への対応などを学ぶというように体系的学習が行われる。「オムツ交換も看護も」できる“フィンランドの強み”といわれるケアワーカーの基礎学習がここで行われる。

これらの学科と実技の試験にパスすれば学生は次ぎの専門課程に進むことが出来る。

ii 職業専攻過程：専門課程

3年目にはそれぞれの希望に応じて9つの専門課程のいずれかの学習に進む。ここでは「高齢者ケアの専門課程」の内容に絞って見てゆく（笹谷 2005）。

高齢者ワークの教育プログラムは40単位であるが、そこには少なくとも14単位の現場実習をふくむ。

現場実習の対象個所としては在宅ケア（訪問介護、訪問看護）、デイセンター、デイホスピタル、ヘルスセンター所属病床部門、ナーシングホーム、療養型病床群、病院の痴呆部門、老人病／精神老人病部門やケア付き住宅群（ケア付き住宅、小グループホームやそれらの活動センター）などが選ばれる。

また、(表4)のような科目が含まれる。「学習指導要綱」には、それぞれの科目における学習目標とその主な内容が詳細に記されている。

そこには、高齢者に対する特有に必要な身体的ケアや精神的ケアに関する技術内容のみではなく、当事者の立場にたったケアのあり方を学び、法律や制度に対する知識、安全性や快適な職場環境整備、職場の一員としての責任、あるいは他のケアワーカーとの連携やチームワークの一員としての協調性、起業家精神やマネーメント能力など、学生自身のケアワーカーとしての幅広い人間性の形成が盛り込まれている。いわゆる教科の指定は無く、どのように教えるか、教科書を使うか否か、どんな教材を用いるかは、学校と教師の裁量に任されている（教師の資格については後述する）。なお、それぞれの科目についての詳細

は長文なので章末に資料として掲載する。

(表4)高齢者ワークの教育プログラムの学習

<u>高齢者ワークの倫理と社会的地位</u>	<u>1 単位</u>
<u>高齢者への接し方</u>	<u>8 単位</u>
<u>個人重視の高齢者ワーク</u>	<u>26 単位</u>
<u>自由選択課題</u>	<u>2 単位</u>

(3) 介護サービス従事者の継続教育、OJT

すでにケア現場でホームヘルパーとして働いているが、新しい資格やより上級の資格を得るための継続教育は積極的に行われている。各養成校や労働組合 SUPER でも行っている。方法は、OJT として行う場合、週の4日は働いて1日のみ学校に来る、という人もいれば、休暇をとって集中して授業を受ける人もいる。現場経験のあるワーカーは、若い学生と違って3年ではなく2.5年で資格が得られる。授業料は、職場と学校の契約により本人は無料の場合が多い。実習は、自分の職場で行うことが多いが、違う職場にも2ヶ月行かなければならない。

また、専業主婦や失業者、ケアに関係の無い職種からラヒホイタヤの資格を取りたい人々に対する継続教育も積極的に行われ、後述するように、養成校では、これらの成人学生の占める割合が増加している。

日常的な研修等については、具体的事例はまだ把握していないが、自治体雇用が多く、ラヒホイタヤを中心とする上下の序列が少ない現場では、個々人がそれぞれの能力を高めることは職場の質を向上する、という観点に立ちやすく、積極的に行われてと思われる。

(4) 高等職業訓練校へ

ラヒホイタヤの資格終了後、希望者はポリテクニクに進学することもできる。そこで看護師やソシオノミ(ケア付住宅のカウンセラー)の資格を得ることもできる。つまり、ラヒホイタヤの資格はこれで最後ではなく、より高度なケアワークの資格が取れるように構成されている。各養成校から毎年1-2割の学生が進学するそうである。

(5) 専門性の高い教員

フィンランドの社会保健医療分野の教員の資格要件は、看護師やラヒホイタヤとして3年以上の実務経験と大学の修士号取得者である。フィンランドの義務教育の教員も修士号

取得者となってきている。就職後も3・4年に1回、プラクティカル・ワークとして1ヶ月ほどの研修期間が与えられる。その期間は代理の教師が雇われる。このように、質の高い教師によってラヒホイタヤの教育がなされている。

6. 親族介護に対する支援

(1) フィンランドの親族介護者（親族の介護を何らかの形で行っている人。高齢者介護のみではなく、障害者・児の介護も含む。しかし、高齢者介護が圧倒的に多い）の推定と介護内容。

STAKESの「ウェルネスとサービス調査」(HYPA survey)によると、100万人以上のフィンランド人が、親族や親しい人を何らかの形でサポートしている。そのうち、親族介護を主として行なっている者はおよそ280,000人である。サポートの内容や頻度は以下の通りである。

- 住居外で行なわれるサポートをしている者は、およそ90,000人が毎日、最低週1回程度がおよそ300,000人
- 住居内での家事サポートを行なっている者は、およそ26,000人が毎日、最低週1回程度がおよそ160,000人
- プライベートなレベルのサポートを行なっている者は、およそ60,000人が毎日、最低週1回程度がおよそ100,000人
- 疾病看護的なサポートを行なっている者は、およそ30,000人が毎日、最低週1回程度がおよそ60,000人

(2) 親族介護者支援法と「親族介護者」数

フィンランドでは、親族介護支援は法定の社会サービスであり、地方自治体は自らの予算枠の許す範囲においてその提供を行なうことになっている。親族介護支援は、高齢者、障害者、長期療養者の在宅ケアの支援として1980年代の初頭から始まっている。他の北欧諸国と同様、そのサポート内容は、介護者手当、レスパイトサービスを主とした現金・現物給付等が行われてきたが、フィンランドでは、1993年からは、親族介護支援は法定の社会サービスとなり、社会ケア法(710/1982)と親族介護支援に関わる政令(318/1993)に基づいて行われてきた。そしてついには、2006年初頭に、親族介護支援に関する法律が施行の運びとなった(937/2005)。

インフォーマルなケアとしての親族介護を、被介護者および介護者のQOLを高めることを目的とし、介護者の役割を社会的に認知しサポートをおこなうことによって、フォーマルなケアシステムの一つとして積極的に位置づけ直し法制化したところに、フィンラン